

## Psychische zorg in het digitale tijdperk

*Een kwalitatief onderzoek naar de bijdrage die e-health kan leveren aan de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen.*



**MAYRA KEUNING, 23 AUGUSTUS 2020**



## PSYCHISCHE ZORG IN HET DIGITALE TIJDPERK

Een kwalitatief onderzoek naar de bijdrage die e-health kan leveren aan de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen

### **MASTER COMMUNICATIE, BELEID & MANAGEMENT**

Faculteit Recht, Economie, Bestuur & Organisatie (REBO)

Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO)

### **ONDERZOEKER:**

M.E. (Mayra) Keuning

[mayrakeuning@hotmail.com](mailto:mayrakeuning@hotmail.com)

### **BEGELEIDING:**

Eerste lezer: Eefje Nienhuis MA

Tweede lezer: Dr. Madeline Winnubst

### **OPDRACHTGEVER:**

UMC Utrecht

Petra Schimmel (Check it/ Pazio)

### **PLAATS EN DATUM:**

Utrecht, 23 augustus 2020

*To see a world in a grain of sand  
And heaven in a wild flower  
Hold infinity in the palm of your hand  
And eternity in an hour*

- William Blake

## Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt mijn masterscriptie ter afronding van mijn master Communicatie, Beleid en Management. De afgelopen zes maanden heb ik mij volledig ondergedompeld in de wereld van e-health in combinatie met de psychische gezondheid van adolescenten. De uitvoering van dit onderzoek was door de wereldwijde uitbraak van Covid-19 nog best een uitdaging, maar met trots kan ik zeggen dat het gelukt is.

Voor ook u zich gaat verdiepen in de wereld van e-health en de psychische gezondheid van adolescenten, wil ik graag een aantal mensen bedanken. Allereerst mijn scriptiebegeleidster vanuit de Universiteit Utrecht, Eefje Nienhuis. Bedankt voor uw feedback en de tijd en moeite die u heeft gestoken in het verbonden houden van ons scriptiegroepje in deze gekke tijden. Ook wil ik graag mijn collega's bij Check It en Pazio van het UMC Utrecht bedanken. Mijn speciale dank gaat uit naar mijn begeleidster Petra Schimmel. Petra, bedankt voor je fijne ontvangst in de organisatie en je flexibiliteit ten tijde van Covid-19. Daarnaast gaat uiteraard mijn grote dank uit naar alle respondenten die tijd hebben vrijgemaakt om mij te woord te staan en hun ervaringen met mij te delen.

Afsluitend wil ik graag een aantal mensen uit mijn sociale omgeving bedanken. Pap en mam bedankt voor jullie betrokken houding en de mogelijkheid om ook bij jullie thuis aan mijn scriptie te werken; het was vast niet altijd even gezellig met twee afstuderende dochters. Nous, ook jij bedankt: nooit gedacht dat we tegelijkertijd zouden afstuderen! Ten slotte wil ik Ritva en Fabièn bedanken voor hun hulp en de gezamenlijke uren zwoegen, met jullie erbij is een scriptie schrijven helemaal niet zo erg.

Met het afronden van deze scriptie komt er dan echt een eind aan mijn studententijd. Ik ben dankbaar voor alle mooie ervaringen die ik heb mogen opdoen en voor de levenslange vriendschappen die ik heb gesloten. Ik kijk uit naar alles wat de toekomst gaat brengen!

Mayra Keuning

Utrecht, 23 augustus 2020

## Samenvatting

*Onderzoeksdoel:* het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de bijdrage die e-health kan leveren in het toegankelijker maken van de zorg voor adolescenten met psychische problemen. Adolescenten zijn een groep met een relatief hoog percentage psychische problemen. Deze problemen kunnen grote invloed hebben op het leven van de adolescent en daarom is het van belang dat tijdig wordt ingegrepen. Echter hebben veel adolescenten geen of beperkte toegang tot hulp. De aanname is dat e-health kan bijdrage aan het leveren van zorg voor deze groep. In dit onderzoek is gekeken óf, en op welke manier e-health deze bijdrage kan leveren en welke factoren hierbij faciliterend en belemmerend werken.

*Methoden:* Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een systematische literatuurreview bestaande uit zeventien onderzoeken. De resultaten van deze review zijn vervolgens van meer duiding en diepgang voorzien door ze voor te leggen aan zeven experts op het gebied van e-health en de psychische gezondheid van adolescenten.

*Resultaten:* De literatuurreview en expertinterviews hebben aangetoond dat de flexibiliteit en toegankelijkheid, het gemak van online communicatie, de mogelijkheid tot lotgenotencontact en de mogelijkheid om anoniem te blijven faciliterende factoren zijn in het gebruik van e-health door adolescenten. Daarentegen zijn het gebrek aan regie over de gedeelde informatie en de betrouwbaarheid van informatie onderscheiden als belemmerende factoren. Ten slotte wijzen de resultaten uit dat ook in de institutionele context drie belemmerende factoren zijn: de relatieve onbekendheid van e-health, onvoldoende afstemming op de doelgroep en een beperkte integratie in het bredere zorgproces.

*Conclusie:* Dit onderzoek ondersteunt de potentie die e-health heeft om een bijdrage te leveren aan de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen. Echter zijn er ook een aantal belemmerende factoren te onderscheiden die maken dat dit potentieel niet altijd volledig benut wordt.

*Kernwoorden:* E-health, adolescenten, psychische gezondheid, toegankelijkheid van de zorg

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b> .....	11
1.1 De opkomst van e-health .....	11
1.2 E-health en de psychische gezondheid van adolescenten .....	11
1.3 Doel- en vraagstelling .....	13
<i>1.3.1 Doelstelling</i> .....	13
<i>1.3.2 Vraagstelling</i> .....	14
1.4 Relevantie .....	14
<i>1.4.1 Maatschappelijke relevantie</i> .....	14
<i>1.4.2 Wetenschappelijke relevantie</i> .....	15
1.5 Leeswijzer.....	15
<b>2. Methoden</b> .....	17
2.1 Onderzoekdesign .....	17
2.2 Literatuurverkenning .....	18
2.3 Dataverzameling .....	18
<i>2.3.1. Literatuurreview</i> .....	18
<i>2.3.2. Expertinterviews</i> .....	21
2.4 Data-analyse .....	22
<i>2.4.1. Literatuurreview</i> .....	22
<i>2.4.2. Expertinterviews</i> .....	23
2.5 Kwaliteitscriteria.....	23
<i>2.5.1 Validiteit</i> .....	24
<i>2.5.2 Betrouwbaarheid</i> .....	24
<b>3. Wat is e-health?</b> .....	25
3.1 Wetenschappelijke definities .....	25
3.2 Praktijk definities .....	26
3.3 Definitieoverzicht.....	28
<b>4. Categorisatie van e-health interventies</b> .....	31
4.1 Toepassingsvormen van e-health .....	31
4.2 E-health en de technologie.....	31
4.3 E-health en de gebruiker.....	32

4.4 E-health en het zorgproces.....	33
<b>5. E-health in de psychische gezondheidszorg .....</b>	<b>35</b>
5.1 Offline versus online zorg: de effectiviteit .....	35
5.1.1 Effectiviteit in de preventiefase .....	35
5.1.2 Effectiviteit in de behandel fase.....	36
5.2 Offline versus online zorg: de kansen en risico's .....	36
5.2.1 Praktische implicaties.....	37
5.2.2 Privacy en stigmatisering.....	37
5.2.3 Patiënt empowerment .....	38
<b>6. Toegankelijkheid van de zorg .....</b>	<b>39</b>
6.1 Patient empowerment in de gezondheidszorg.....	39
6.2 Adoptie van e-health .....	39
6.2.1 E-health gerelateerde factoren.....	40
6.2.2 Gebruiker gerelateerde factoren .....	40
6.2.3 Omgeving gerelateerde factoren .....	41
<b>7. Literatuurreview .....</b>	<b>43</b>
7.1 Evaluatie van de onderzoeken .....	44
7.1.1 Demografie van de onderzoeken .....	44
7.1.2 Specificatie van e-health interventies en psychische problemen.....	46
7.2 Design van e-health.....	47
7.3 Gebruik van e-health .....	48
7.3.1 Informatie zoeken .....	48
7.3.2 Contact met anderen.....	48
7.4 Verhouding tot 'offline' hulpverlening .....	49
7.4.1 Nadelen offline hulpverlening .....	49
7.4.2 Voordelen offline hulpverlening.....	49
7.4.3 Online hulp als opstap naar offline hulp .....	50
7.5 Faciliterende factoren voor het gebruik van e-health .....	51
7.5.1 Anonimiteit.....	51
7.5.2 Contact met lotgenoten .....	51
7.5.3 Flexibiliteit en toegankelijkheid .....	52



7.5.4	<i>Gemak van online communicatie</i> .....	53
7.6	Belemmerende factoren voor e-health gebruik.....	53
7.6.1	<i>Gebrek aan regie over informatie</i> .....	53
7.6.2	<i>Betrouwbaarheid van informatie</i> .....	54
7.7	De e-health paradox .....	55
7.8	Synthese.....	56
8.	<b>Expertinterviews</b> .....	59
8.1	Afbakening e-health .....	59
8.2	E-health in het bredere zorgproces.....	60
8.2.1.	<i>E-health en de fase in het zorgproces</i> .....	60
8.2.2	<i>E-health en de rol in het zorgproces</i> .....	61
8.3	Faciliterende factoren voor het gebruik van e-health.....	61
8.3.1	<i>Laagdrempeligheid</i> .....	61
8.3.2	<i>Verminderen van stigma</i> .....	62
8.3.3	<i>Lotgenotencontact</i> .....	62
8.4	Belemmerende factoren voor het gebruik van e-health.....	63
8.4.1	<i>Betrouwbaarheid informatie</i> .....	63
8.4.2.	<i>Negatieve gevolgen lotgenotencontact</i> .....	64
8.5	De e-health paradox in de institutionele context.....	65
8.5.1	<i>Relatieve onbekendheid van e-health</i> .....	65
8.5.2	<i>Onvoldoende afstemming op de doelgroep</i> .....	66
8.5.3	<i>Beperkte integratie van e-health in het de bredere zorgproces</i> .....	67
8.6	Synthese.....	68
9.	<b>Conclusie</b> .....	71
10.	<b>Discussie</b> .....	74
10.1	Reflectie op resultaten .....	74
10.2	Bijdrage aan wetenschap en praktijk .....	75
10.2.1	<i>Bijdrage aan de wetenschap</i> .....	75
10.2.2	<i>Bijdrage aan praktijk</i> .....	76
10.3	Reflectie op onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek .....	77
10.4	Aanbevelingen .....	78

<b>11. Literatuur</b> .....	80
<b>APPENDIX</b> .....	86
I.    Literatuurlogboek.....	86
II.   Onderzoeksmatrix .....	91
III.  Topiclijst.....	105
IV.  Respondentenlijst .....	107
V.   Codeboom literatuurreview .....	108
VI.  Codeboom Expertinterviews .....	109

## Lijst van figuren en tabellen

### Figuren:

Figuur 1. Schematische probleemweergave .....	13
Figuur 2. Stroomdiagram van het systematische zoekproces .....	21
Figuur 3. Schematische weergave van de gebruikers van e-health (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012) .....	32
Figuur 4. Schematische weergave van de indeling van e-health interventies op basis van hun doel in het zorgproces. Gebaseerd op Sorbi & Riper (2009) en Krijgsman & Klein Wolterink (2012). .....	34
Figuur 5. Schematische weergave van patient empowerment door e-health adoptie. ....	42
Figuur 6. Grafische weergave van verhouding in onderzoeksmethoden. ....	45
Figuur 7. Grafische weergave van geografische locatie adolescenten binnen de gebruikte onderzoeken. .....	45
Figuur 8. Grafische weergave van specificaties van e-health binnen de gebruikte onderzoeken.....	46
Figuur 9. Grafische weergave van specificaties van psychische problemen binnen de gebruikte onderzoeken. ....	47
Figuur 10. Schematische weergave van de faciliterende en belemmerende factoren die van invloed zijn op het patient empowerment door e-health adoptie bij adolescenten, verkregen uit de literatuurreview. .....	58
Figuur 11. Schematische weergave van de faciliterende en belemmerende factoren die van invloed zijn op het patient empowerment door e-health adoptie bij adolescenten, verkregen uit de expertinterviews. .....	70
Figuur 12. Schematische weergave van het patient empowerment bij adolescenten met psychische problemen op basis van de literatuurreview en de expertinterviews. ....	73

### Tabellen:

Tabel 1. Synoniemen voor concepten uit de vraagstelling.....	19
Tabel 2. Inclusie- en exclusiecriteria in het selectieproces. ....	20
Tabel 3. Overzicht van wetenschappelijke en praktijk e-health definities .....	29
Tabel 4. Concept onderzoeksmatrix .....	44

## 1. Inleiding

### 1.1 De opkomst van e-health

Door de opkomst van het internet heeft e-health sinds 1996 een enorme vlucht gemaakt (Timmer, 2011). Steeds meer mensen zijn tegenwoordig online. In Nederland heeft 97% van de mensen toegang tot het internet. Negentig procent van de mensen zegt zelfs dagelijks gebruik te maken van het internet (CBS, 2019). Nieuwe informatie- en communicatietechnologieën veranderen de maatschappij (Van Rijen, De Lint & Arts, 2002). Als gevolg hiervan is er sinds de opkomst van het internet, overal in de maatschappij sprake van digitalisering van diensten en gedrag (Timmer, 2011). Deze ontwikkelingen laten ook de gezondheidszorg niet ongemoeid (Van Rijen, De Lint & Arts, 2002). De toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of verbeteren, wordt e-health genoemd (Van Lettow, Wouters & Sinnige, 2019). Aan de opkomst van e-health liggen twee hoofdoorzaken ten grondslag. Enerzijds stelt de burger andere eisen aan de zorg; door een verbeterd opleidingsniveau en meer materiële mogelijkheden, is de gemiddelde burger een stuk mondiger geworden (Timmer, 2011). De patiënt van nu wil meer regie en zeggenschap om zelf te kunnen bepalen hoe benodigde zorg wordt geboden en geïntegreerd in zijn leven (Timmer, 2011). Anderzijds moet de zorg door de vergrijzing, toegenomen zorgvraag en arbeidskrapte in de zorg, gedwongen anders worden georganiseerd (Timmer, 2011). Diverse onderzoeken stellen dat e-health een bijdrage zou kunnen leveren aan de toegankelijkheid van de zorg, lagere kosten en een verbetering van de zorgkwaliteit (Aldenhoven, 2010). De verwachting is dat e-health kansen biedt om efficiëntie en effectiviteit in de gezondheidszorg te kunnen waarborgen (RVS, 2002). Een belangrijke voorwaarde hiervoor is de stimulering van het zogenoemde *patient empowerment*. Deze term wordt gebruikt voor een breder range aan situaties waar patiënten gestimuleerd worden om meer actief deel te nemen in hun eigen gezondheidproces (Alpay et al., 2010). Patient empowerment kan bijdragen aan het mondiger maken van patiënten wat zorgt voor een positieve invloed op de kwaliteit van de zorg en de mogelijkheid tot het aanbieden van kostenefficiëntere zorg (Risling et al., 2017). In Nederland stimuleert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het gebruik van e-health (Rijksoverheid, 2020). Dit is in lijn met het actieplan van de Europese Commissie (2012) waarin lidstaten worden aangemoedigd om hun zorgsystemen duurzaam en efficiënt te houden door zich te richten op het aanbieden van zorg op het internet, waarbij de betrokkenheid en zelfredzaamheid van de patiënt centraal staat.

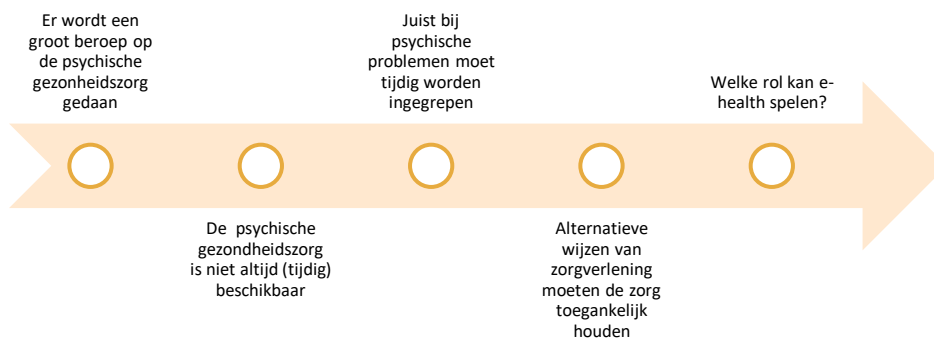
### 1.2 E-health en de psychische gezondheid van adolescenten

Eén van de zorggebieden waar e-health een waardevolle bijdrage zou kunnen leveren aan de efficiëntie en effectiviteit, is de psychische gezondheidszorg. De psychische gezondheid van mensen is een van de meest uitdagende vraagstukken voor de wereldwijde gezondheidszorg (WHO, 2013). Deze psychische problemen raken niet alleen het individu, maar hebben ook invloed op de maatschappij als geheel.

Volgens de World Health Organization (2013) bestaat de wereldwijde ziektelast voor 10% uit mensen met psychische problemen. Dit percentage legt een zeer hoge druk op de medische zorg als wel op de economie. Wereldwijd zullen mensen met een psychische aandoening de economie in de periode van 2013-2033 ruim \$16 triljoen kosten (WHO, 2013). Een groep bij wie het percentage psychische problemen relatief hoog is, zijn adolescenten. Met adolescentie wordt de periode tussen het twaalfde en vijftiende levensjaar bedoeld (RIVM, 2019). Binnen deze groep ervaart tien tot twintig procent problemen op het gebied van de psychische gezondheid (WHO, 2003). Uit onderzoek van het RIVM (2019) blijkt dat in Nederland acht procent van de adolescenten 'psychisch ongezond is' (p.7). Wanneer men problemen ervaart op het gebied van de psychische gezondheid kan dit zorgen voor een hoge lijdensdruk en een verminderde kwaliteit van leven voor het individu (Dijksman & Essed, 2017). Waar bij ouderen vooral hartziekten, beroertes en kanker bijdragen aan de ziektelast, ervaren adolescenten de grootste ziektelast door psychische problemen als angst- en stemmingsstoornissen en alcoholafhankelijkheid (Gommer & Poos, 2008). Adolescenten die angstig of depressief zijn kunnen zich eenzaam voelen, ervaren een continu gespannen gevoel en kunnen zelfs fysieke klachten als misselijkheid en hoofdpijn ontwikkelen (Schoemaker, Zwaanswijk & Meijer, 2008). Adolescenten met psychische problemen ervaren daarnaast ook problemen in het maatschappelijke leven. Een slechte mentale gezondheid gaat vaak samen met lagere schoolprestaties, middelengebruik, geweld en een slechte seksuele gezondheid (Patel et al., 2007). Deze hoge lijdensdruk wordt onderstreept door het feit dat onder adolescenten zelfmoord naar aanleiding van psychische problemen, op verkeersongevallen na, de meest voorkomende doodoorzaak is (RIVM, 2019). Psychische problemen kunnen dus grote invloed hebben op de kwaliteit van leven voor adolescenten.

Volgens de WHO (2020) worden adolescenten tijdens de adolescentie blootgesteld aan allerlei fysieke, emotionele en sociale spanningen waardoor ze tijdens deze periode extra vatbaar zijn voor psychische problemen. Ruim de helft van alle psychische problemen ontstaan voor het veertiende levensjaar, maar worden vaak niet als dusdanig herkend en daarom onvoldoende en niet tijdig behandeld (WHO, 2020). Uit eerder onderzoek blijkt dat het merendeel van angst- en stemmingsstoornissen bij volwassenen, hun oorsprong vinden in de jeugd (Schoemaker, Zwaanswijk & Meijer, 2008). Door onvoldoende behandeling kunnen psychische problemen de rest van het leven van invloed blijven. Het vroegtijdig signaleren en aanpakken van deze klachten is dus belangrijk om verergering te voorkomen (Dijksman & Essed, 2017). Echter hebben veel adolescenten met psychische gezondheidsproblemen geen of beperkte toegang tot hulp (Bucci, Schwannauer & Berry, 2019). Dit komt onder andere door geografische beperkingen, lange wachtlijsten en hoge kosten. Daarnaast ervaren adolescenten ook vaak de angst voor een stigma en hebben zij een sterke drang om hun eigen problemen op te lossen (Pretorius, Chambers & Coyle, 2019). De verwachtingen met betrekking tot e-health zijn hooggespannen op het gebied van de psychische gezondheidszorg. E-health zou een uitkomst kunnen zijn om deze groep toch van de nodige informatie en hulp te voorzien en tegelijkertijd de zorg te ontzien (Aref-Adib et al., 2016;

Rathbone & Prescott, 2017). Zo zou e-health kunnen bijdragen aan een verbeterde en versnelde levering van zorg, verbeterde toegang tot zorg en lagere kosten (Bucci, Schwannauer & Berry, 2019). Vooral voor adolescenten, die het internet als primaire informatiebron gebruiken, zou e-health een grote rol kunnen spelen (Pretorius, Chambers & Coyle, 2019). Ondanks het feit dat de verwachtingen omtrent e-health hooggespannen zijn met betrekking tot de hulpverlening voor adolescenten met psychische problemen, is er nog weinig inzicht in hoe adolescenten gebruik maken van e-health om hulp te krijgen bij hun problemen. Dit inzicht is een noodzakelijke voorwaarde om succesvolle hulpverlening aan adolescenten te kunnen bieden via e-health (Best et al., 2016; Pretorius, Chambers & Coyle, 2019).



Figuur 1. Schematische probleemweergave

## 1.3 Doel- en vraagstelling

### 1.3.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de manier waarop e-health kan bijdragen aan het toegankelijker maken van de zorg voor adolescenten met psychische problemen. Met betrekking tot dit onderzoek zijn daartoe drie doelstellingen geformuleerd:

1. Door middel van een literatuurverkenning inzicht krijgen in hoe e-health wordt gedefinieerd en hoe e-health zich positioneert binnen de bredere context van de (psychische) gezondheidszorg.
2. Door middel van een systematische literatuurreview overzicht krijgen welke faciliterende en/of belemmerende factoren een rol spelen bij het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen.
3. Inzicht krijgen in de visie van experts op het gebied van e-health en de psychische gezondheid van adolescenten, op de resultaten uit de literatuurreview en indiceren welke praktijk implicaties en richtingen voor vervolgonderzoek deze resultaten met zich meebrengen.

### 1.3.2 Vraagstelling

Bovenstaande onderzoeksdoelstellingen hebben geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

*"Hoe kan e-health bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen?"*

Het beantwoorden van deze onderzoeksvraag zal geschieden aan de hand van een aantal deelvragen:

1. "Hoe wordt e-health gedefinieerd binnen de literatuur?"
2. "Hoe wordt e-health volgens de literatuur toegepast in de (psychische) gezondheidszorg?"
3. "Welke faciliterende en/of belemmerende factoren spelen volgens de literatuur een rol bij het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen?"
4. "Welke visie hebben experts op e-health, e-health interventies en het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen?"

## 1.4 Relevantie

### 1.4.1 Maatschappelijke relevantie

De inzichten die uit dit onderzoek voortkomen zijn op verschillende manieren maatschappelijk relevant. Allereerst is het voor de adolescent belangrijk dat hij of zij zo snel mogelijk wordt geholpen met de klachten die worden ervaren gezien het feit dat psychische gezondheidsproblemen de levenskwaliteit van een individu flink kunnen inperken (Dijksman & Essed, 2017). Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de manier waarop adolescenten gebruik maken van e-health om antwoorden te krijgen op vragen omtrent hun psychische gezondheid, terwijl dit inzicht een noodzakelijke voorwaarde is voor het leveren van goede online hulpverlening (Best et al., 2016; Pretorius, Chambers & Coyle, 2019). Doordat in dit onderzoek de focus ligt op faciliterende en belemmerende factoren die van invloed zijn op het gebruik e-health interventies, kunnen in de toekomst interventies worden ontwikkeld die beter aansluiten bij de problemen en behoeften van adolescenten. Ten tweede is dit onderzoek niet alleen relevant voor de levenskwaliteit van de adolescent, maar kan het ook op macroniveau bijdragen aan het toegankelijk en betaalbaar houden van de psychische gezondheidszorg. Met name het vroegtijdig signaleren van problemen is hierbij belangrijk om te voorkomen dat adolescenten voor langere tijd een beroep moeten doen op de psychische gezondheidszorg. Doordat dit onderzoek inzicht biedt in de manier waarop e-health kan bijdragen aan het toegankelijk houden van de zorg voor adolescenten met psychische

problemen, kan dit onderzoek zorgen voor nieuwe inzichten om de psychische gezondheidszorg ook op de lange termijn betaalbaar te houden.

#### *1.4.2 Wetenschappelijke relevantie*

Dit onderzoek is op meerdere vlakken wetenschappelijk relevant. Ten eerste bestaan er veel verschillende opvattingen over de precieze invulling van het begrip e-health. Om consistentie te waarborgen in de wetenschappelijke literatuur is een eenduidige definitie van het begrip onmisbaar. In dit onderzoek zal uitvoerig worden stilgestaan bij de verschillende definities die er bestaan van e-health. Definities geven richting aan toepassingen en functies van een begrip en bieden kaders voor toepassingen van het begrip in zowel wetenschap als praktijk (Van Lettow, Wouters & Sinnige, 2019). Door een uitgebreide definitie vergelijking biedt dit onderzoek inzicht in de definities van e-health die gehanteerd worden in wetenschap en praktijk. Ten tweede bestaat er, ondanks dat er hoge verwachtingen bestaan met betrekking tot de toepassing van e-health in de psychische gezondheidszorg, ook de angst dat er nog niet genoeg inzicht bestaat in wat effectief is in de online hulpverlening voor adolescenten (Best et al, 2016). Eerder onderzoek richtte zich op overwegingen bij het zoeken van ‘offline’ hulp bij adolescenten (o.a. Hunt & Eisenberg, 2010) en het inventariseren van online hulp mogelijkheden bij adolescenten (o.a. Gulliver, 2012). In de literatuur ontbreekt daarom een overzicht van faciliterende en belemmerende factoren van invloed zijn op adolescenten bij het gebruik van internet als informatiebron voor vragen omtrent psychische gezondheid. Dit onderzoek springt in op dit hiaat door inzicht te bieden in faciliterende en belemmerende factoren in het gebruik van e-health bij adolescenten met psychische problemen. Ten derde is er weinig diversiteit in de gebruikte methoden in het onderzoek naar het gebruik van e-health interventies bij adolescenten met psychische problemen. De meeste onderzoeken zijn effectstudies in de vorm van een randomized controlled trial (o.a. Sander et al. 2016; Ebert et al., 2017) Dit onderzoek draagt bij aan de diversiteit in gebruikte onderzoeksmethoden doordat in dit onderzoek gebruik wordt gemaakt van een literatuurreview aangevuld met expertinterviews; een onderzoeksmethode die nog niet eerder is toegepast met betrekking tot het gebruik van e-health interventies bij adolescenten met psychische problemen maar wel kan zorgen voor diepere en aanvullende inzichten op bestaande literatuur.

#### *1.5 Leeswijzer*

In hoofdstuk twee zal eerst een uiteenzetting worden gegeven van de methodiek waarvan in dit onderzoek gebruik is gemaakt. Ook de kwaliteitscriteria voor onderzoek zullen in dit hoofdstuk aan de orde komen. In de hoofdstukken drie tot en met zes, zal doormiddel van een literatuurverkenning inzicht



worden gegeven in de wijze waarop e-health zich positioneert binnen de bredere context van de gezondheidszorg. In deze hoofdstukken worden verschillende definities van het e-health besproken, wordt aandacht besteed welke rol e-health specifiek in de psychische gezondheidszorg kan spelen en wordt het begrip patient empowerment verder uitgediept. In hoofdstuk zeven zal de literatuurreview, bestaande uit zeventien onderzoeken centraal staan. In de literatuurreview zal worden besproken waarom en hoe adolescenten met psychische problemen gebruik maken van e-health. Hierbij wordt specifiek ingegaan op de faciliterende en belemmerende factoren die een rol spelen bij het gebruik van e-health door adolescenten. De resultaten van deze literatuurreview zijn vervolgens voorgelegd aan experts uit het veld in een zevental semi-gestructureerde interviews. De resultaten van deze interviews zijn te vinden in hoofdstuk acht. In hoofdstuk negen zullen de deelvragen van dit onderzoek beantwoord worden, waarna ook een conclusie van de hoofdvraag volgt. In hoofdstuk tien, het discussiehoofdstuk, wordt ten slotte de bijdrage van dit onderzoek aan de wetenschap en praktijk besproken, evenals beperkingen van het onderzoek en richtingen voor toekomstig onderzoek.

## 2. Methoden

In dit hoofdstuk zal aandacht worden besteed aan de methodische verantwoording van dit onderzoek. Eerst zal worden ingegaan op het gehanteerde onderzoeksdesign. Daarna zal een korte uiteenzetting worden gegeven van de wijze waarop de literatuur voor de literatuurverkenning is verkregen. Vervolgens zal dieper worden ingegaan op de wijze van dataverzameling en data-analyse van de literatuurreview en de expertinterviews. Ten slotte zal worden uitgewerkt hoe in dit onderzoek is voldaan aan de kwaliteitscriteria voor kwalitatief onderzoek.

### 2.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. In kwalitatief onderzoek ligt de nadruk op het begrijpen van de werkelijkheid door het gebruik van woorden, ervaringen en observaties (O'Leary, 2017). Dit is in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek waar de nadruk ligt op het verklaren van de werkelijkheid met behulp van cijfers (Bryman, 2012). De kwalitatieve onderzoeksbenadering sluit aan bij de gehanteerde onderzoeksvraag van dit onderzoek, omdat de nadruk ligt op de ervaringen en visies van adolescenten en experts.

In dit onderzoek is voorafgaand aan de dataverzameling, een literatuurverkenning uitgevoerd met als doel om inzicht te geven in de literatuur die reeds bestaat over e-health en de psychische gezondheid van adolescenten. Naast de literatuurverkenning, is in dit onderzoek allereerst gebruik gemaakt van een systematische literatuurreview. Een systematische literatuurreview onderscheidt zich van andere vormen van literatuurreviews, door het transparante, repliceerbare en wetenschappelijke proces waarvan gebruik wordt gemaakt (Bryman, 2012). De systematische literatuurreview kent zijn oorsprong in de medische wetenschappen, waar het vooral gebruikt wordt als objectieve en generaliseerbare methode om betrouwbare kennis over de werking van een medicijn of behandeling te genereren (Weber, 2011). Inmiddels wordt ook binnen andere onderzoeksgebieden gebruik gemaakt van de systematische review. In de sociale wetenschappen, zoals bestuurskunde, sociologie en bedrijfskunde, wordt de systematische review bijvoorbeeld gebruikt voor beleidsevaluatie (Bryman, 2012). In dit onderzoek biedt de systematische literatuurreview de mogelijkheid om snel en overzichtelijk de verschillende onderzoeken met elkaar te vergelijken waardoor een duidelijk overzicht ontstaat van de diverse faciliterende en belemmerende factoren die in de individuele onderzoeken naar voren zijn gekomen. Aan de hand van de resultaten van de systematische literatuurreview, is een topiclijst opgesteld voor de interviews met de experts. Expertinterviews kunnen bijdragen aan het verzamelen van informatie die niet op papier staat en nog niet voor iedereen beschikbaar is (O'Leary, 2017). Doordat de onderzoeker tijdens interviews de mogelijkheid heeft om vragen te stellen, kunnen de expertinterviews de resultaten van de literatuurreview van meer duiding en diepgang voorzien.

## 2.2 Literatuurverkenning

Voorafgaand aan de literatuurreview en de expertinterviews is er een literatuurverkenning gedaan. Deze literatuurverkenning had ten doel om inzicht te geven in de literatuur die reeds geschreven is over dit onderwerp. Daarnaast kan een literatuurverkenning ook bijdragen aan het aantonen van de relevantie van het eigen onderzoek, door te laten zien dat het onderwerp in de literatuur onderbelicht is gebleven (Bryman, 2012). Ten slotte biedt een literatuurverkenning inzicht in vraagstukken die onderbelicht zijn gebleven in de wetenschap en waar vervolgonderzoek wenselijk is (Bryman, 2012). Voor de opzet van de literatuurverkenning is gebruik gemaakt van diverse zoeksystemen en diverse zoektermen. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van de zoekmachine Google Scholar. Daarnaast is ook gebruik gemaakt van, onder andere, de zoekmachine Picarta en van de catalogi van tijdschriften zoals Journal of Medical Internet Research (JMIR). Enkele gebruikte zoektermen zijn 'e-health', 'selfmanagement', 'online intervention' en 'mental health problems youth'. Deze zoektermen zijn voortgekomen uit geraadpleegde reviews omtrent e-health onderzoek en andere wetenschappelijke artikelen die zich focussen op dit wetenschapsgebied. Tevens is gebruik gemaakt van een Nederlandse vertaling van deze begrippen. Een volledig overzicht van de gebruikte zoekmachines, zoektermen en resultaten van de zoekactie, is te vinden in appendix I.

## 2.3 Dataverzameling

### 2.3.1. Literatuurreview

De literatuurreview in dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van de principes van een systematische literatuurreview. Een systematische literatuurreview kan, in tegenstelling tot een reguliere literatuurreview, een op zichzelf staande onderzoek zijn. In deze vorm van onderzoek wordt een specifieke onderzoeksvraag behandeld waarbij de literatuur wordt gebruikt als data die gecodeerd, geanalyseerd en uiteindelijk gesynthetiseerd wordt (Ridley, 2012). Een systematische literatuurreview is gebaseerd op een duidelijk en transparant proces, wat de replicerbaarheid van het onderzoek verhoogd (Bryman, 2012). Om dit mogelijk te maken is het belangrijk om eerst de scope van de literatuurreview vast te stellen, zodat op basis hiervan de te gebruiken zoektermen kunnen worden vastgesteld. In dit onderzoek wordt de scope van de literatuurreview afgebakend door de opgestelde onderzoeksvraag: "welke faciliterende en/of belemmerende factoren spelen een rol bij het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen?" Voor het zoeken naar literatuur is gebruik gemaakt van de zoekmachine *Web of Science* (WoS). Deze zoekmachine bevat publicaties uit verschillende wetenschappelijke tijdschriften, van diverse vakgebieden.. In tegenstelling tot zoekmachines die speciaal gericht zijn op het medisch vakgebied zoals PubMed, zorgt het gebruik van

WoS ervoor dat er niet slechts medisch georiënteerde onderzoeken in de zoekresultaten verschijnen. Als eerste stap in het zoekproces zijn zoektermen geïdentificeerd voor alle concepten uit de onderzoeksvraag. Deze zoektermen zijn gebaseerd op verschillende literatuurreviews rondom e-health, waarin dergelijke termen werden gehanteerd. Dit heeft geresulteerd in een aantal synoniemen voor de concepten uit de vraagstelling, welke vermeld staan in tabel 1. Naast synoniemen is bij het concept van psychische problemen tevens gezocht op depressie en angstklachten, omdat dit onder adolescenten de meest voorkomende psychische problemen zijn. Dit heeft geresulteerd in de volgende zoekopdracht: (keyword= e-health OR eHealth OR online help seeking) AND (keyword = youth OR adolescent) AND (keyword = mental health OR anxiety OR depression).

Tabel 1. Synoniemen voor concepten uit de vraagstelling.

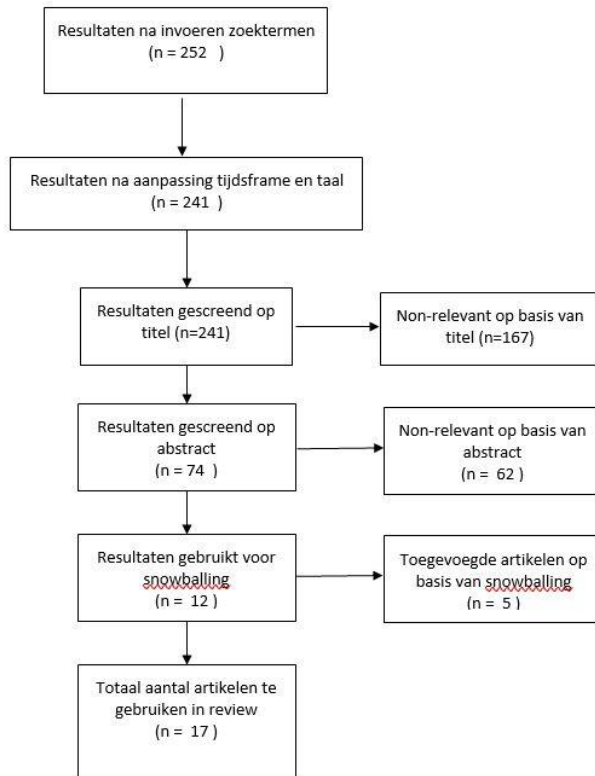
<b>E-health</b>	<b>Adolescenten</b>	<b>Psychische problemen</b>
e-health, eHealth, online help seeking	Youth, Adolescents	Mental health, Anxiety, Depression.

Om de zoekresultaten verder in te perken zijn de artikelen gefilterd op de Engelse taal en op een publicatiedatum tussen 2010 en 2020. Er is gekozen voor een tijdsframe van de laatste tien jaar zodat de literatuurreview betrekking heeft op de meest recente onderzoeken. Dit is van belang omdat de ontwikkelingen op het gebied van e-health zeer snel gaan, waardoor steeds nieuwe inzichten worden ontwikkeld. De resultaten van de zoekopdracht zijn eerst gescreend op de mate waarin zij interessant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag op basis van de titel. Om relevant te zijn op basis van de titel moest een onderzoek zich richten op: I) online hulpverlening, m.a.w. e-health II) adolescenten, m.a.w. adolescenten tussen 12-25 III) verbetering van de psychische gezondheid. Onderzoeken die op basis van de titel non-relevant werden bevonden, richtten zich bijvoorbeeld op andere doelgroepen zoals ouders van kinderen met psychische problemen of op reguliere interventies. Na het selecteren van de artikelen op basis van de titel, is van de overgebleven artikelen de abstract gelezen om te beoordelen of het onderzoek daadwerkelijk relevant was voor de literatuurreview. Om relevant te zijn op basis van de abstract moest een onderzoek, naast de punten genoemd bij de beoordeling van de titel, tevens: I) een non-interventie studie zijn met de nadruk op de ervaring van adolescenten II) of een effectstudie zijn zoals een randomized controlled trial (RCT), zolang deze een evaluatie van de uitkomst bevat. Onderzoeken die als non-relevant werden bevonden, richtten zich onder andere op andere leeftijdsgroepen, waren RCT's zonder evaluatie van de uitkomst of richtten zich specifiek op het implementatieproces van e-health interventies. Het complete overzicht van de inclusie- en exclusiecriteria is te vinden in tabel 2.

Tabel 2. Inclusie- en exclusiecriteria in het selectieproces.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adolescenten (12-25 jaar)</li> <li>▪ Onderzoeken gericht op online hulpverlening</li> <li>▪ Onderzoeken gericht op psychische problemen</li> <li>▪ Onderzoeken gericht op de mening/attitude van adolescenten met betrekking tot het zoeken van online hulp/gebruik van e-health</li> <li>▪ Effectstudies met een evaluatie van de resultaten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Overige doelgroepen, zoals zorgverleners of ouders van adolescenten met psychische problemen</li> <li>▪ Overige gezondheidscondities, zoals fysieke ziekten</li> <li>▪ Onderzoeken naar de invloed van internet technologieën op de psychische gezondheid van adolescenten</li> <li>▪ "Offline" interventies</li> <li>▪ Effectstudies</li> <li>▪ Reviews</li> </ul>

Ten slotte is bij de overgebleven onderzoeken een proces van back- en forward snowballing toegepast, waardoor overige relevante onderzoeken aan de literatuurreview konden worden toegevoegd. In figuur 2 is het systematische zoekproces vastgelegd in een stroomdiagram.



Figuur 2. Stroomdiagram van het systematische zoekproces.

### 2.3.2. Expertinterviews

Om de resultaten van de literatuurreview te verifiëren en van meer duiding te voorzien, zijn expertinterviews afgenomen. Voor deze interviews is gebruik gemaakt van de inzichten van zeven respondenten. Binnen de groep respondenten zijn mensen die werkzaam zijn in het wetenschappelijk onderzoek naar e-health, in de ontwikkeling van e-health voor adolescenten en in de psychische gezondheidszorg voor adolescenten. Er is voor deze verdeling gekozen om naast de ervaringen van de adolescenten, verkregen uit de literatuurreview, een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de situatie rondom het e-health gebruik van adolescenten met psychische problemen. De meeste experts zijn door de onderzoeker benaderd naar aanleiding van hun auteurschap van een wetenschappelijke publicatie over e-health en de psychische gezondheid van adolescenten, hun werkzaamheden binnen een uitvoeringsinstantie die zich bezighoudt met e-health of via het stageadres van de onderzoeker. Ten slotte zijn er nog twee respondenten verkregen via snowballing; zij werden aangedragen door een respondent die direct door de onderzoeker was benaderd. De experts zijn door de onderzoeker benaderd via een e-mail met het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. Om de experts een zo compleet mogelijk beeld te geven van de onderzoeker en het onderzoek, is de onderzoeksopzet en het CV van de onderzoeker meegestuurd met deze mail.

Voorafgaand aan de interviews met de experts is een topiclijst opgesteld aan de hand van de resultaten van de literatuurreview. Deze topiclijst is leidend in de interviews met experts. Echter, vanwege het semigestructureerde karakter van de interviews zal deze topiclijst niet bindend zijn. Semigestructureerde interviews maken het mogelijk om naast alle noodzakelijke informatie, experts tevens de gelegenheid te geven om andere informatie te delen waarvan zij denken dat het relevant is (Bryman, 2012). Dit is in het kader van dit onderzoek belangrijk omdat de geraadpleegde experts verschillende expertises hebben en wellicht niet van alle onderwerpen evenveel af weten. Het gebruik van de topiclijst in de semigestructureerde interviews dient dus vooral om in alle interviews, in grote lijnen hetzelfde te bespreken. Voorafgaand aan de interviews met de experts is een pre-test gedaan met een persoon die werkzaam is in de zorg voor adolescenten met psychische problemen. Aan de hand van deze pre-test zijn enkele vragen uit de topiclijst aangescherpt en aangepast. De topiclijst die is gebruikt tijdens de interviews, is te vinden in appendix III. Voorafgaand aan het afnemen van de interviews, zijn de experts op de hoogte gesteld van het beoogde onderzoeksdoel door hen inzicht te verschaffen in de onderzoeksopzet. Bij de start van elk interview is aan de experts toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Tevens is de experts verteld dat het interview anoniem is en dat hun naam niet in het onderzoek genoemd zal worden. Aan het eind van de interviews is de experts gevraagd of zij nog aanvullende op- of aanmerkingen hadden, zodat respondenten de mogelijkheid hadden om nadere toelichting te geven of aanvullende informatie te verstrekken. Vanwege de situatie rondom Covid-19, werden de interviews afgenomen via Microsoft Teams of vergelijkbare software. De uiteindelijke interviews met de experts varieerden in lengte van 35 tot 65 minuten.

## 2.4 Data-analyse

Na de fase van dataverzameling, volgt de data-analyse. De data-analyse heeft als doel om de informatie op een systematische manier te verwerken, zodat deze gebruikt kan worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden (Bryman, 2012).

### 2.4.1. Literatuurreview

Na het selecteren en doorlezen van de onderzoeken voor de literatuurreview, zijn deze geüpload in NVivo12. Met behulp van NVivo12 zijn de artikelen gecodeerd. Coderen is het proces waarbij data wordt geordend door tekstfragmenten te voorzien van bepaalde labels, aan de hand waarvan in een later stadium de onderzoekssynthese zal plaatsvinden (Weber, 2011). De eerste fase in het coderen van de artikelen is het open coderen. In dit onderzoek stond een thematische analyse centraal. Bij een thematische analyse ligt de focus op het identificeren van belangrijke of terugkerende thema's in de literatuur (Weber, 2011). Er is gekozen voor een thematische analyse van de data, omdat dit een goede mogelijkheid biedt om de data uit de verschillende onderzoeken met de elkaar te vergelijken.

In de fase van het open coderen wordt verzamelde data opgebroken in losse delen (Bryman, 2012). In dit onderzoek zorgde dit voor een overzicht van onderwerpen die in de verschillende onderzoeken naar voren kwamen. Nadat alle onderzoeken in de eerste fase open zijn gecodeerd, is er vervolgens axiaal gecodeerd. Dit zorgt ervoor dat de grote hoeveelheid codes die verkregen is in de fase van het open coderen, nu wordt ondergebracht onder een aantal centrale thema's. In het kader van dit onderzoek valt hierbij te denken aan onder andere het onderscheid tussen faciliterende en belemmerende factoren. Om een goed overzicht te krijgen van de centrale thema's die binnen de data geïdentificeerd zijn, is er een codeboom opgesteld. Deze codeboom is te vinden in appendix V van dit onderzoek. De laatste fase, die van het selectief coderen, is gericht op het ontdekken van verschillen en overeenkomsten tussen de geformuleerde thema's. Het selectieve coderen is de opstap voor de onderzoekssynthese, van waaruit in dit onderzoek de opzet voor het schrijven van het literatuurreview is gemaakt.

#### *2.4.2. Expertinterviews*

Het proces van de data-analyse begint bij de expertinterview met het transcriberen van de interviews. De opnames van de interviews zijn afgespeeld en volledig uitgetypt. Het transcriberen van interviews draagt op deze manier bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat de antwoorden van de experts door anderen kunnen worden nagelezen (Bryman, 2012). De transcripten van de expertinterviews zijn vervolgens gecodeerd met behulp van Nvivo 12. Voor het coderen van de expertinterviews, is eenzelfde proces gehanteerd als voor de artikelen van de literatuurreview (open coderen, axiaal coderen en selectief coderen). Voor het proces van de analyse is ook bij de expertinterviews een thematische analyse gehanteerd zodat de resultaten van deze analyse gemakkelijk vergeleken kunnen worden met die van de literatuurreview. Na het proces van het coderen is tevens een codeboom opgesteld van de expertinterviews. Deze codeboom is te vinden in appendix VI.

#### **2.5 Kwaliteitscriteria**

Bij het doen van wetenschappelijk onderzoek is het belangrijk om een aantal kwaliteitscriteria in acht te nemen. De kwaliteitscriteria waaraan een onderzoek ten minste moet voldoen zijn betrouwbaarheid en validiteit. Echter zijn deze kwaliteitscriteria oorspronkelijk ontwikkeld voor de beoordeling van kwantitatief onderzoek (Bryman, 2012). Gezien de kwalitatieve aard van dit onderzoek zullen in deze paragraaf de kwalitatieve equivalenten van de kwaliteitscriteria betrouwbaarheid en validiteit worden uitgewerkt.



### 2.5.1 Validiteit

De validiteit van een onderzoek wordt in kwalitatief onderzoek gevormd door twee criteria: *credibility* en *transferability*. De *credibility* van een kwalitatief onderzoek komt overeen met de interne validiteit van een kwantitatief onderzoek (Bryman, 2012). Kwalitatief onderzoek legt de nadruk op de betekenisgeving die mensen geven aan de werkelijkheid. Door deze betekenisgeving is de werkelijkheid sociaal geconstrueerd en kan deze op meerdere manieren worden begrepen. De onderzoeker moet er dus voor zorgen dat hij de sociale werkelijkheid juist heeft begrepen. In dit onderzoek is dit kwaliteitscriterium gewaarborgd door *triangulation*, wat betekent dat onderzoeksresultaten verder worden onderbouwd door het gebruik van meer dan één bron of methode voor het verkrijgen van data (Bryman, 2012). In dit onderzoek worden de interpretaties van de onderzoeker met betrekking tot de literatuurreview, voorgelegd in expertinterviews. Het aanwenden van twee bronnen, literatuur en experts, verhoogd hierdoor de *credibility*. Het kwaliteitscriterium van externe validiteit wordt in kwalitatief onderzoek gerepresenteerd door *transferability*. Omdat kwalitatief onderzoek vaak betrekking heeft op relatief kleine steekproeven, is het lastig om onderzoeksresultaten te generaliseren. Dit betekent echter niet dat onderzoeksresultaten minder waardevol zijn. Het is van belang dat de onderzoeker een uitgebreide beschrijving geeft van de steekproef, zodat andere onderzoekers zelf kunnen beoordelen of de onderzoeksresultaten wellicht van belang kunnen zijn voor hun doelgroepen (Bryman, 2012). In dit onderzoek is dit kwaliteitscriterium gewaarborgd door een matrix op te stellen met gebruikte onderzoeken voor de review. In deze matrix is terug te vinden op welke doelgroepen en methoden, de gebruikte onderzoeken betrekking hebben. Door dit uitvoerige overzicht kan snel worden gezien op basis van welke onderzoeken en steekproeven de literatuurreview is opgezet.

### 2.5.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek wordt gevormd door *dependability*. Dit kwaliteitscriterium wordt gewaarborgd wanneer het onderzoek op dusdanig uitgebreide wijze is beschreven, dat het onderzoek door anderen herhaalt zou kunnen worden en gelijke resultaten op zou leveren (Bryman, 2012). In dit onderzoek is de *dependability* gewaarborgd door een zeer uitgebreide beschrijving van de gehanteerde methoden. De literatuur die geraadpleegd is in de literatuurverkenning is terug te vinden door de uitgebreide lijst van gebruikte zoekmachines en zoekdata in appendix I. Daarnaast is het door de systematische benadering van de literatuurreview is voor andere onderzoekers makkelijk om het exacte proces te repliceren. Door de beschrijving van de gehanteerde zoekmachines, zoektermen en synoniemen, kan dit onderzoek stap voor stap herhaalt worden.

### 3. Wat is e-health?

In de komende drie hoofdstukken zal doormiddel van een literatuurverkenning worden ingegaan op wat het begrip e-health behelst in de bredere context van de gezondheidszorg. In de komende hoofdstukken zal onder andere aandacht worden besteed aan de verschillende rollen die e-health in kan nemen in het zorgproces, de toepassing van e-health in de psychische gezondheidszorg: e-mental health, en de manier waarop e-health door middel van patient empowerment kan bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg. In dit hoofdstuk zal, om een dieper inzicht te krijgen in wat het begrip e-health precies behelst, een aantal definities van het begrip worden bekeken. In dit hoofdstuk zal een onderscheid worden gemaakt tussen definities afkomstig uit wetenschappelijke publicaties en definities afkomstig van uitvoeringsinstanties, oftewel praktijkdefinities.

#### 3.1 Wetenschappelijke definities

Sinds de opkomst van het internet, ontstonden binnen allerlei sectoren nieuwe digitale dimensies. In navolging van e-business en e-commerce ontstond uiteindelijk ook e-health (Van Rijen, De Lint & Ottes, 2002). De eerste aanzet tot een definitie van e-health werd gedaan door Mitchell (1999) die e-health omschreef als:

A new term needed to describe the combined use of electronic communication and information technology in the health sector. The use in the health sector of digital data – transmitted, stored and retrieved electronically – for clinical, educational and administrative purposes, both at the local site and at a distance (in: Oh et al.,2005)

Deze definitie geeft de noodzaak aan voor een terminologie die een nieuwe ontwikkeling op het gebied van communicatie- en informatietechnologie kan duiden. In 2001 werd er voor het eerst een dergelijke concrete definitie van e-health opgesteld (Eysenbach, 2001). Eysenbach (2001) stelde dat een definitie van e-health meer moet omvatten dan slechts een technologisch aspect. Volgens hem is e-health, net als het gehele internet, een dynamische omgeving die zich continu blijft ontwikkelen (p.1). Op basis van deze gedachte stelde hij de volgende definitie op:

E-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a networked, global thinking, to improve health care locally, regionally and worldwide by using information and communication technology (Eysenbach, 2001, p.1).

De definitie van Eysenbach (2001) karakteriseert e-health in de vorm van een ontwikkeling en definieert het aan de hand van de betekenis die het heeft voor de gezondheidszorg. In de daaropvolgende jaren

ontwikkelde e-health zich snel en ook de definities van e-health namen snel toe. Dit maakte dat het begrip binnen verschillende contexten op verschillende wijzen werd gebruikt (Oh et al., 2005). In een uitgebreide vergelijking, onderzochten Oh et al. (2005) 41 unieke definities. Deze definities besteedden allen aandacht aan zowel de zorg als de technologie, maar verschilden onder andere in beoogde doelen en betrokken partijen die werden genoemd (Oh et al., 2005). Een aanvullend onderzoek hierop werd gedaan door Pagliari et al. (2005) die zich eerst hebben gericht op het verkennen van de scope van e-health, alvorens zij een verkenning hebben gedaan van bestaande definities. Zij ontdekten dat de meeste onderzoeken rondom e-health zich richten op het gebruik van telemedicine, het gebruik van het internet en implicaties rondom het gebruik van e-health (Pagliari, 2005). Zij erkenden daarnaast de dynamische context van e-health en sluiten zich op basis daarvan aan bij de definitie geformuleerd door Eysenbach (2001). Na deze twee overzichtsstudies hebben onderzoeken zich voornamelijk gericht op de applicaties en toepassingsvormen die e-health omvat. De definitie van Eysenbach blijft de meest gehanteerde binnen het wetenschappelijke domein (Van Lettow, Wouters & Sinnige, 2019). Het laatste wetenschappelijk onderzoek wat zich specifiek richtte op de definitie van e-health dateert uit 2006 (Boogerd et al., 2015). Een unanieme definitie van e-health ontbreekt; er zijn veel verschillende toepassingen van ICT in verschillende zorgvelden, waarbij ieder zorgveld zijn eigen terminologie en definities hanteert (Timmer, 2011). De gehanteerde definitie van e-health lijkt dus vooral af te hangen van de manier waarop e-health wordt gebruikt en welke invulling hieraan wordt gegeven door betrokken partijen (Boogerd et al., 2015). Om een dieper inzicht te krijgen in hoe e-health wordt gebruikt en welke invulling aan het begrip wordt gegeven, kan het daarom helpend zijn om te kijken naar definities die gehanteerd worden door uitvoeringsinstanties.

### 3.2 Praktijk definities

In het wetenschappelijk domein blijft de definitie van Eysenbach (2001) leidend. De precieze invulling van de definitie lijkt echter af te hangen van de verschillende toepassingen in verschillende zorgvelden (Timmer, 2011). In deze paragraaf zullen daarom een aantal definities worden bekeken van internationale en Nederlandse uitvoeringsinstanties. Om inzicht te krijgen in de rol die de praktijk speelt in de formulering van een definitie van e-health, zal eerst worden gekeken naar de organisaties die het verst van de uitvoeringspraktijk af staan om vervolgens te kijken naar organisaties die steeds dichterbij de uitvoeringspraktijk staan.

Zoals besproken in de inleiding wordt het gebruik van e-health wereldwijd gepromoot door de World Health Organization (WHO, 2020). De WHO hanteert een zeer brede definitie van e-health zonder te specificeren in toepassing of zorgdomein. De WHO omschrijft e-health als ".. the use of information and communication technologies (ICT) for health" (WHO, 2020). Deze definitie is zeer breed en het laat leden van de WHO de mogelijkheid om zelf nadere invulling te geven aan de definitie. Naast de

WHO is ook de Europese Commissie betrokken bij het stimuleren van het gebruik van e-health. In haar definitie wordt meer richting gegeven aan verschijningsvormen, doelen en context van e-health:

E-health is the use of ICT in health products, services and processes combined with organisational change in healthcare systems and new skills, in order to improve health of citizens, efficiency and productivity in healthcare delivery, and the economic and social value of health. E-health covers the interaction between patients and health-service providers, institution-to-institution transmission of data, or peer-to-peer communication between patients and/or health professionals (Europese Commissie, 2012).

De definitie die in Nederlandse beleidsdocumenten het meest wordt gehanteerd, is geformuleerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zij definieert e-health als volgt: "het gebruik van nieuwe communicatie- en informatietechnologieën, en met name internettechnologieën, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren" (Wouters et al., 2019). Ondanks het feit dat deze definitie het meest gehanteerd wordt, is er ook kritiek op de definitie. Sinds het opstellen van deze definitie in 2012 zijn er veel ontwikkelingen geweest in de kennis rondom e-health. Een goede e-health definitie zou dus moeten passen bij deze ontwikkeling. De huidige definitie is echter niet dynamisch genoeg en verliest daardoor snel zijn relevantie (Van Lettow, Wouters & Sinnige, 2019). Daarnaast focust de definitie zich voornamelijk op het gebruik van technologie, terwijl de focus rondom e-health juist verplaatst naar implementatievraagstukken (Van Lettow, Wouters & Sinnige, 2019). Van Lettow, Wouters & Sinnige (2019) schreven het ministerie van VWS in een adviesrapport dan ook om een herijkte definitie te gebruiken die meer aandacht besteed aan e-health als communicatievorm tussen mensen: "e-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren" (p.11). Naast deze drie beleidsmatige partijen zal ten slotte worden gekeken naar de gehanteerde definitie door zorgverleners en zorgontvangers. De KNMG is de Nederlandse artsenfederatie en behartigt de belangen van zeven medische beroepsgroepen (KNMG, 2020). In hun definitie stellen zij dat: "E-health gaat over digitale toepassingen in de zorg: het gebruik van informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg" (KNMG, 2020). De definitie van KNMG blijft vrij algemeen en is overeenkomstig met die van het ministerie van VWS. Dit is in tegenstelling tot de verwachting van Timmer (2011), dat alle zorgvelden hun eigen definities en terminologieën hanteren. Uit de definitie van de KNMG blijkt niet dat deze definitie is opgesteld door een federatie van zorgverleners. Naast zorgverleners zijn er ook zorgontvangers. Deze groep verenigt zich in Patiëntenfederatie Nederland. In de definitie die is opgesteld door de Patiëntenfederatie Nederland staat de eigen doelgroep wel meer centraal. In de definitie wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden die e-health specifiek meebrengt voor de patiënt. De definitie van de Patiëntenfederatie luidt als volgt: "e-health omvat alle digitale

mogelijkheden die u in kunt zetten om uw gezondheid te verbeteren of te ondersteunen "(Patiëntenfederatie Nederland, 2020).

### 3.3 Definitieoverzicht

Ondanks dat bovengenoemde definities op diverse punten van elkaar verschillen, gaan ze allemaal ten minste in op het gezondheids- en technologische aspect van e-health. In onderstaande tabel wordt overzichtelijk gemaakt op welke manier de definities de verschillende aspecten van e-health duiden en hoe ze met elkaar overeenkomen of verschillen. Binnen de besproken definities lijken zich drie groepen definities af te tekenen. In de eerste groep definities ligt de nadruk vooral op het gebruik van technologie. De definitie van Mitchell (1999) behoort tot één van deze definities die de nadruk legt op het gebruik van technologie. In deze definitie is de zorg slechts een domein waarbinnen technologie wordt toegepast. Een andere definitie die binnen deze groep past is de definitie van de WHO (2020). Dit is tevens de minst uitgebreide definitie. In deze definitie wordt e-health slechts geduid als de toepassing van technologie in de gezondheidszorg, zonder daarbij verder te specificeren. De tweede groep definities bestaat uit de definities van het Ministerie van VWS (2019), KNMG (2020) en de Patiëntenfederatie Nederland. Bij elk van deze definities wordt de technologie in verband gebracht met het verbeteren of ondersteunen van de gezondheidszorg door het gebruik van technologie. Ten opzichte van de eerste groep definities, wordt binnen deze drie definities duidelijk een doel geïdentificeerd voor het inzetten van technologie binnen de gezondheidszorg. Het enige verschil wat hierbij te onderscheiden valt is dat het ministerie van VWS (2019) en het KNMG (2020) spreken van zowel gezondheid als gezondheidszorg, terwijl de Patiëntenfederatie Nederland slechts de gezondheid benoemt. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat zij redeneren vanuit het perspectief van de patiënt waarvoor vooral ondersteuning en verbetering van de eigen gezondheid van belang zijn. De derde groep definities bestaande uit de definitie van Eysenbach (2001) en de Europese Commissie (2012), legt niet alleen een verband tussen de technologie en gezondheidszorg op basis van het beoogde doel. In beide definities wordt ook aandacht besteed aan een verandering die e-health meebrengt in het kader van de bredere context van de gezondheidszorg. Eysenbach (2001) spreekt hierbij over ‘a state of mind’ en ‘attitude’, terwijl de Europese Commissie ‘organisational change in healthcare systems’ en ‘new skills’ benoemt. Een verschil tussen beide definities ligt in de manier waarop e-health een bijdrage levert aan de gezondheidszorg. In de definitie van Eysenbach (2001) wordt e-health gezien als product, terwijl in de definitie van de Europese Commissie (2012) de nadruk ligt op e-health als communicatiekanaal tussen de verschillende partijen die betrokken zijn in het zorgproces.

Zoals eerder besproken moet een definitie van e-health dynamisch genoeg zijn om actueel te blijven gedurende de snelle ontwikkelingen die plaatsvinden (Van Lettow, Wouters & Sinnige, 2019). Op basis van dit inzicht zal in dit onderzoek de definitie van de Europese Commissie (2012) worden gehanteerd.

Deze definitie omvat naast een duidelijke relatie tussen activiteit en doel, tevens alle relevante fasen in het zorgproces als wel alle betrokken partijen. Daarnaast past de karakterisering van e-health als een communicatiekanaal bij de dynamische ontwikkelingen die plaatsvinden rondom e-health.

Tabel 3. Overzicht van wetenschappelijke en praktijk e-health definities

<b>Bron:</b>	<b>Gezondheids zorg:</b>	<b>Technologie:</b>	<b>Activiteit :</b>	<b>Doel:</b>	<b>Scope:</b>	<b>Overig:</b>
<b>Mitchell (1999, in Oh et al., 2005)</b>	Health sector	Electronic communication; information technology; digital data	Transmit, store and retrieve data	Clinical, education and administrative purposes	At the local site; at a distance	
<b>Eysenbach (2001)</b>	Medical informatics; public health; business referring to health services and information	Internet and related technologies; technical development	Deliver or enhance health services or information	To improve health health	Locally ; regionally; worldwide	A state of mind; attitude; networked global thinking
<b>WHO (2020)</b>	Health	Information and communication technologies (ICT)	X	X	X	X

<b>EC (2012)</b>	Health products; health services; health processes	ICT	Interaction between patients and healthcare-providers; institution transmission of data; peer-to-peer communication between patients and/or health professionals.	Improve health of citizens; improve efficiency and productivity in healthcare delivery	X	Organisational change in health care systems; new skills.
<b>Ministerie van VWS (in: Wouters, et al. 2019)</b>	Gezondheid; gezondheidszorg	Nieuwe communicatie- en informatietechnologieën; internettechnologieën.	X	Verbeteren; ondersteunen	X	
<b>KNMG (2020)</b>	Gezondheid; gezondheidszorg	Digitale toepassingen; informatie- en communicatietechnologie	X	Ondersteunen; verbeteren	X	X
<b>Patiëntenfederatie Nederland (2020)</b>	Gezondheid	Digitale mogelijkheden	X	Verbeteren; ondersteunen	X	X

## 4. Categorijsatie van e-health interventies

Het definitieoverzicht heeft duidelijk gemaakt welke definities van e-health en welke aspecten er in deze definities aan de orde komen. Uit de definitie van de Europese Commissie (2012) blijkt dat e-health een belangrijke rol speelt in het leveren en verbeteren van de zorg door middel van internet en gerelateerde technologieën. Uit zowel de wetenschappelijke definities als de definities van uitvoeringsinstanties, valt echter niet direct op te maken wat e-health betekent voor de praktijk van de gezondheidszorg. Om het begrip van e-health verder te vergroten, zal in dit hoofdstuk worden gekeken naar de toepassing van e-health in de praktijk.

### 4.1 Toepassingsvormen van e-health

Om inzicht te krijgen in de diverse toepassingsvormen van e-health, hebben Krijgsman & Klein Wolterink (2012) in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar een manier om verschillende e-health interventies te categoriseren. In dit onderzoek worden drie dimensies van e-health genoemd op basis waarvan een e-health interventie kan worden onderscheiden: de gebruiker, de technologie en het zorgproces (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). Deze dimensies zijn ook te herkennen in de definitie van de Europese Commissie (2012). In deze definitie is aandacht voor de technologie ('the use of ICT'), aandacht voor de gebruiker ('improve health of citizens and efficiency and productivity in healthcare delivery') en ten slotte voor het zorgproces ('interaction, transmission and communication'). In de literatuur is categorisatie op basis van het zorgproces de meest gebruikelijke. In dit hoofdstuk zal eerst kort worden ingegaan op de categorisatie van e-health interventies op basis van de technologie en de gebruiker, alvorens aandacht te besteden aan de categorisatie van e-health interventies op basis van het zorgproces.

### 4.2 E-health en de technologie

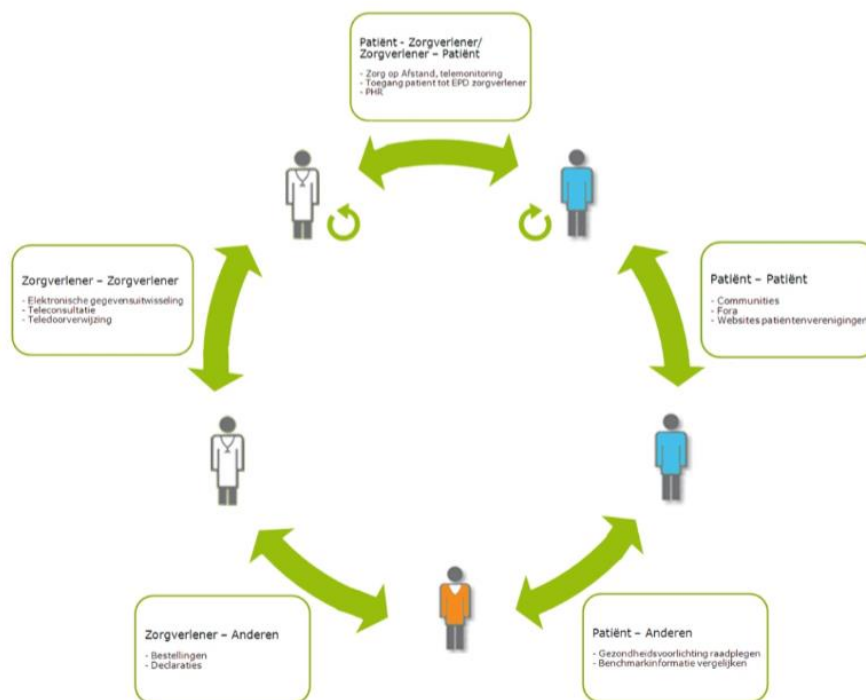
Een eerste mogelijkheid tot het categoriseren van e-health interventies is op basis van de gebruikte technologie. Om te kunnen categoriseren op basis van technologie moet worden gekeken naar de soort technologie die dominant is binnen een e-health toepassing (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). Een indeling maken op basis van technologie is echter moeilijk door de dynamische aard van technologie. Ontwikkelingen in de technologie gaan snel waardoor een indeling op basis van technologie continu aan verandering onderhevig is en snel verouderd (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). Daarnaast valt er binnen een soort technologie vaak ook nog onderscheid te maken in infrastructuur, programmering et cetera (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). De toepassing van technologieën binnen e-health is zeer divers en het is daarom lastig om een totalitair onderscheid te maken. Deze technologieën kunnen uiteenlopen van webportalen voor huisartsen tot mobiele apps voor mensen met overgewicht. Zelfs de toepassing van robots in de gezondheidszorg kan worden gezien als een vorm van een e-health



interventie (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). Daarnaast klinkt er in de literatuur steeds vaker de roep tot het centraal stellen van de patiënt, en niet de technologie (Van Lettow, Wouters & Sinnige, 2019). Door e-health te categoriseren aan de hand van de gebruikte technologie, wordt deze recente ontwikkeling onvoldoende erkend.

#### 4.3 E-health en de gebruiker

De tweede mogelijkheid om e-health te categoriseren is aan de hand van de gebruiker van de e-health interventie. Bij e-health wordt vaak gedacht aan de inzet van de technologie ten behoeve van de patiënt. Echter kunnen ook andere partijen gebruik maken van e-health interventies, zoals bijvoorbeeld zorgverleners, verzekeraars en beleidsmakers (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). Er bestaan ook e-health interventies waarbij gebruikers onderling contact met elkaar hebben. Een voorbeeld is een forum voor patiënten, waar men lotgenoten kan ontmoeten. Ook zorgverleners kunnen onderling contact hebben wanneer zij bijvoorbeeld gegevens met elkaar uitwisselen doormiddel van teledoorverwijzing (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). In figuur 2 is te zien hoe e-health toepassingen van elkaar kunnen worden onderscheiden op basis van de gebruiker.



Figuur 3. Schematische weergave van de gebruikers van e-health (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012)

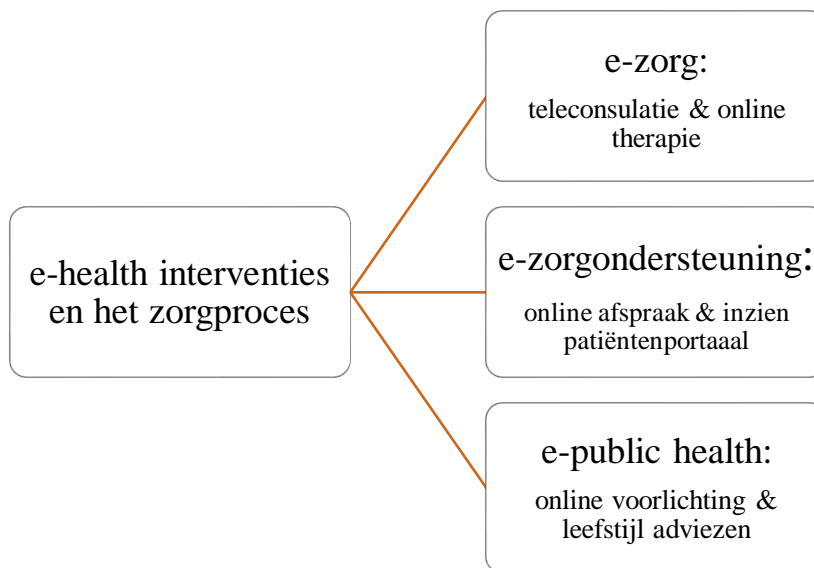
#### 4.4 E-health en het zorgproces

De derde, en tevens meest gehanteerde, categorisatie die wordt onderscheiden is die op basis van e-health en het zorgproces. Krijgsman & Klein Wolterink (2012) maken voor de invulling van deze dimensie gebruik van een verdeling, zoals eerder gehanteerd in Van Rijen, De Lint & Ottes (2002). Zij onderscheiden drie clusters van e-health toepassingen op basis van het doel van de e-health interventie: e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health. Onder e-zorg wordt het primaire zorgproces geschaard wat bestaat uit diagnostiek, therapie en verzorging (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). E-zorgondersteuning richt zich daarentegen op alle processen die het faciliteren van het primaire zorgproces mogelijk maken (Van Rijen, De Lint & Ottes, 2002). Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het online managen van afspraken of het inzien van elektronische patiëntendossiers. Ten slotte vallen onder e-public health alle activiteiten in de gezondheidszorg die zich richten op voorlichting en preventie (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). Een vergelijkbare indeling wordt gemaakt door Sorbi & Riper (2009). Zij maken, net als in de reguliere gezondheidszorg, het onderscheid tussen preventie, behandeling en zorg. Het doel van preventie e-health interventies is het voorkomen en verminderen van klachten via gezondheidsvoorlichting- en opvoeding. De behandeling onderscheidt zich van preventie, doordat een behandeling is gebaseerd op een behandelovereenkomst tussen een patiënt en een officiële zorgverlener. De zorg richt zich ten slotte op patiënten met chronische aandoeningen, met als doel om hen zo goed mogelijk te ondersteunen in het zelfstandig thuis wonen (Sorbi & Riper, 2009).

Krijgsman & Klein Wolterink (2012) en Sorbi & Riper (2009) kiezen voor een indeling van e-health op basis van het *doel* binnen het zorgproces. Naast deze indeling kan ook worden gekozen voor de *rol* die e-health inneemt binnen het bredere zorgproces. Dit is een indeling die gehanteerd wordt door Ebert et al. (2018). Hij stelt dat e-health kan worden toegepast als losse interventie, als onderdeel van een reguliere zorginterventie of als onderdeel van een stapsgewijze benadering van de zorg (Ebert et al., 2018). Wanneer e-health wordt toegepast als losse interventie, ligt de nadruk van het gebruik op het plaats- en tijdonafhankelijk leveren van de zorg (Ebert et al., 2018). Patiënten die niet in staat zijn gebruik te maken van zorg tijdens reguliere werktijden, kunnen dezelfde zorg via e-health alsnog krijgen op een moment wat hen schikt (Ebert et al., 2018). Ook voor patiënten die de benodigde zorg niet in de omgeving kunnen krijgen, kan e-health op deze manier een uitkomst bieden (Ebert et al., 2018). Ten slotte kan het gebruik van e-health bijdragen aan het vinden van geschikte hulp voor mensen die uit angst voor een stigma, het zoeken van hulp uitstellen of vermijden (Ebert et al., 2018). Een tweede mogelijkheid tot het toepassen van e-health is door gebruik te maken van *blended care*. Bij blended care wordt e-health gebruikt als aanvulling op- of verbetering van een reguliere zorginterventie (Ebert et al., 2018). Tijdrovende onderdelen van een behandeling kunnen op deze manier door de patiënt thuis worden gedaan, wat de kostenefficiëntie ten goede komt (Ebert et al., 2018). Daarnaast kan een e-health interventie ervoor zorgen dat de beoogde hulp makkelijker wordt geïntegreerd in het dagelijks leven van

de patiënt (Ebert et al., 2018). Ten slotte kan e-health onderdeel worden van de stapsgewijze benadering van de zorg, de *stepped care*. In deze benadering wordt het behandelproces van een patiënt gesimuleerd aan de hand van een trap. De mate waarin een patiënt begeleid wordt hangt hierbij af van zijn reactie op de vorige interventie (Ebert et al., 2018). De rol die e-health speelt verandert naar gelang de trede waarop de patiënt zich bevindt. E-health kan in de eerste fase de enige interventie zijn, waarna het in de vordering van het zorgproces kan worden ingezet als ondersteuning van een reguliere behandeling (Ebert et al., 2018). Daarnaast kan e-health de stap van de ene naar de andere trede verkleinen, door te fungeren als tusseninterventie (Sorbi & Riper, 2009).

In figuur vier wordt weergegeven hoe e-health interventies gecategoriseerd kunnen worden aan de hand van het beoogde doel binnen het zorgproces. Ter verduidelijking en illustratie zijn bij elk doel, twee voorbeelden van e-health interventies genoemd.



Figuur 4. Schematische weergave van de indeling van e-health interventies op basis van hun doel in het zorgproces. Gebaseerd op Sorbi & Riper (2009) en Krijgsman & Klein Wolterink (2012).

## 5. E-health in de psychische gezondheidszorg

In de voorgaande hoofdstukken stond de algemene toepassing van e-health in de gezondheidszorg centraal. In dit hoofdstuk zal verder worden ingezoomd op het gebruik van e-health in de psychische gezondheidszorg, de zogenoemd *e-mental health*. Eerst zal worden besproken hoe effectief e-mental health interventies zijn, om vervolgens te kijken welke kansen en risico's het gebruik van e-mental health met zich mee brengt.

### 5.1 Offline versus online zorg: de effectiviteit

Een belangrijke voorwaarde om steeds meer gebruik te maken van e-mental health, is dat de effectiviteit van de interventie niet onder doet voor een 'offline' interventie. De bekendste manier om de effectiviteit van een e-health interventie te meten, is door middel van een *randomized controlled trial (RCT)*. Dit is een onderzoeksmethode, afkomstig uit de geneeskunde, waarbij het verschil wordt gemeten tussen een groep die onderhevig is aan een interventie en een tweede groep die dient als controlegroep. Het doel hiervan is om de effectiviteit van de interventie vast te stellen (Bryman, 2012, p. 715). Ook meta-analyses, waarbij resultaten van verschillende randomized controlled trials worden gecombineerd, zijn een populaire onderzoeksmethode naar de effectiviteit van e-health (Brymans, 2012, p. 713).

#### 5.1.1 Effectiviteit in de preventiefase

De meeste onderzoeken naar de effectiviteit van e-mental health interventies richten zich op interventies ter verbetering van psychische problemen, waar in de volgende paragraaf uitgebreid op zal worden ingegaan. Door de beperkte toegankelijkheid tot psychische hulp, regeert steeds vaker het 'voorkomen is beter dan genezen' adagium. In het wetenschappelijk onderzoek is de afgelopen jaren dan ook steeds meer aandacht besteed aan de effectiviteit van e-mental health interventies in de preventie van psychische problemen. In 2016 voerden Sander et al. voor het eerst een meta-analyse uit naar de effectiviteit van e-mental health interventies in de preventiefase. In deze analyse vonden zij kleine tot middelgrote effecten bij de inzet van e-mental health interventies in de preventie van eetstoornissen en depressies (Sander et al., 2016). Een onderzoek naar de preventie van angststoornissen toonde positieve resultaten, maar was niet voldoende om te kunnen spreken van een significant resultaat (Ebert et al., 2017). De onderzoeken naar de effectiviteit van e-mental health in de preventie van psychische problemen staan dus nog in de kinderschoenen. De verwachting is echter dat de onderzoeken in de komende jaren zullen toenemen, met name omdat resultaten van preventie interventies pas over een langere tijdsperiode gemeten kunnen worden (Deady et al., 2017).

### 5.1.2 Effectiviteit in de behandel fase

Waar de effectstudies naar de rol van e-mental health interventies in de preventieve fase nog beperkt zijn, bestaan er meerdere onderzoeken naar de effecten van e-mental health interventies in de behandel fase. De meeste onderzoeken naar de effectiviteit van e-mental health interventies rapporteren een significante verbetering na gebruik van een e-mental health interventie voor de drie meest voorkomende psychische problemen: depressies, angstklachten en overmatig alcoholgebruik. (Ebert, 2018). In een meta-analyse gebaseerd op 22 RCT's werd voor deze drie problemen een effect van  $d=0.88$  gevonden bij volwassenen en een effect van  $d=0.72$  bij kinderen en adolescenten (Ebert et al., 2018). Anders dan bij veel andere medische onderzoeken, bestaat er bij e-mental health niet alleen een mogelijke vergelijking tussen wel óf geen interventie, maar ook een vergelijking tussen e-mental health en reguliere zorg. Andersson et al. (2014) hebben in een vergelijkende studie van meta-analyses ook geen verschillen gevonden in effectiviteit tussen het aanbieden van e-mental health en het aanbieden van reguliere zorginterventies (p.56). De beste resultaten worden echter bereikt wanneer e-health interventies gecombineerd worden met aanvullende hulp (Baumeister et al., 2014). Deze vorm van hulpverlening wordt, zoals beschreven in hoofdstuk 3, blended care genoemd (Ebert et al., 2018). Kleiboer et al. (2015) onderzochten met behulp van een RCT het aanbieden van blended care aan mensen met depressie- en angstklachten. In dit onderzoek kreeg de ene groep alleen een e-mental health interventie, terwijl de andere groep deze e-mental health interventie combineerde met wekelijkse support van een zorgverlener (Kleiboer et al., 2015). De groep respondenten die naast de e-mental health interventie ook wekelijkse support ontvingen boekten niet alleen meer vooruitgang maar ervaren tevens een grotere tevredenheid over hun behandelproces (Kleiboer et al., 2015). In een vergelijkbaar onderzoek vonden Baumeister et al. (2014) naast eerdergenoemde voordelen tevens dat in blended care behandelingen de therapie uitval significant lager was.

Naast depressie en angststoornissen, is er ook bewijs voor de effectiviteit van e-mental health interventies bij posttraumatische stressstoornissen, eetstoornissen, slaapstoornissen en middelengebruik (Ebert et al., 2018). Door het brede scala aan toepassingsmogelijkheden van e-mental health is de bewijsvoering voor andere psychische problemen nog relatief beperkt. Dit is vooral toe te schrijven aan het relatief lage aantal onderzoeken wat hiernaar is gedaan (Ebert et al., 2018).

### 5.2 Offline versus online zorg: de kansen en risico's

E-mental health toepassingen bieden kansen om de gezondheidszorg te verbeteren. Echter zitten er ook risico's aan het gebruik van e-mental health. Deze risico's zijn vaak het resultaat van een slechte implementatie van e-mental health interventies, waardoor een keerzijde van de potentiële voordelen van

e-mental health ontstaat (Gemert-Pijnen et al., 2018). Deze slechte implementatie heeft vooral te maken met het feit dat er weinig universele kwaliteitscriteria bestaan voor e-health interventies en dat controle op deze interventies laag is (Sal & Adair, 2014). Daarnaast worden ook de trage adoptie door- en steun voor e-health interventies van zorgverleners genoemd als nadelig (Sal & Adair, 2014). Dit komt vaak voort uit het feit dat zorgverleners niet altijd de financiële voordelen van e-health zien, ze niet begrijpen hoe zij gebruik moeten maken van de technologie of geen vertrouwen hebben in de technologie (Gemert-Pijnen et al., 2018). Dit is problematisch omdat veel patiënten niet bekend zijn met het bestaan van e-mental health interventies en juist zorgverleners een belangrijke rol zouden kunnen spelen in de promotie hiervan (Sal & Adair, 2014). In deze paragraaf zullen drie kansen en bijbehorende risico's besproken worden.

### *5.2.1 Praktische implicaties*

Het aanbieden van tijds- en plaatsafhankelijke zorg is misschien wel het grootste voordeel van e-mental health (Gemert-Pijnen et al., 2018). Dit kenmerk van e-mental health maakt het mogelijk om zorg te verlenen aan doelgroepen die normaal gesproken geen toegang hebben tot deze zorg. Dit voordeel van e-mental health is vooral van groot belang voor individuen die door geografische ligging geen toegang hebben tot reguliere benodigde zorginterventies. Ook voor individuen die vanwege werktijden, gebrek aan kinderopvang en transport geen gebruik kunnen maken van de reguliere zorg, kan e-mental health een uitkomst bieden (Lal & Adair, 2014). Daarnaast kan ook de financiële situatie van het individu een belemmering vormen voor de toegang tot reguliere zorg, bijvoorbeeld wanneer iemand niet voldoende verzekerd is voor het vergoeden van behandelingen. E-mental health is een relatief goedkope interventie. Dit komt doordat één e-mental health interventie, meerdere individuen van dienst kan zijn (Lal & Adair, 2014). Het heersende discours is dat e-mental health kan bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg, door het minimaliseren van de diverse eerdergenoemde barrières. Toch zijn er ook zorgen dat e-mental health interventies een verdere denivellering van toegang tot de zorg zouden veroorzaken. Doelgroepen die geen gebruik kunnen maken van reguliere zorginterventies door bijvoorbeeld financiële schaarste, hebben vaak ook geen beschikking over het apparaten voor internetgebruik. Hetzelfde geldt voor individuen die kampen met verslavingen en meervoudige psychische problematiek. Dit is extra problematisch, omdat juist voor deze doelgroepen de bewezen effectiviteit van e-mental health interventies hoog is (Lal & Adair, 2014).

### *5.2.2. Privacy en stigmatisering*

Het zijn niet alleen praktische barrières die individuen ervaren bij het zoeken van 'offline' psychische hulp. De inzet van e-mental health kan ook een bijdrage leveren aan het verminderen van de barrière tot het zoeken van hulp uit angst voor stigmatisering (Sorbi & Riper, 2009). Het gebruik van e-mental health in de vorm van platforms en websites, zorgt ervoor dat individuen vrijuit hun ervaringen kunnen delen

terwijl tevens hun anonimiteit gewaarborgd blijft (Lal & Adair, 2014). Het vinden van social support is één van de mogelijkheden die e-mental health interventies bieden, wat in de reguliere zorg wordt ontbeerd. Met name adolescenten hebben de behoefte om hun ervaringen met lotgenoten te delen, zodat zij zich minder alleen voelen met betrekking tot hun problematiek (Gemert-Pijnen et al., 2018). Het is echter niet alleen de anonimiteit van het individu wat gewaarborgd blijft, ook de identiteit van de informatieverstrekker blijft onbekend. Dit levert een risico op voor de betrouwbaarheid van informatie. Omdat iedereen informatie op het internet kan toevoegen en bewerken, is er ook veel onbetrouwbare informatie in omloop (Bucci, Schwannauer & Berry, 2019). Op websites met informatie over symptomen en behandelingen kan het onduidelijk zijn van wie de informatie afkomstig is en hoe betrouwbaar deze informatie is. Dit maakt dat de transparantie laag is, wat een belemmering kan zijn in het gebruik van de e-mental health interventie. Daarnaast kan het voor individu onduidelijk zijn bij wie informatie die zij invoeren in een e-mental health interventie, terecht komt (Gemert-Pijnen, 2018).

### *5.2.3 Patiënt empowerment*

Het inzetten van technologie in de zorg kan tevens zorgen voor patient empowerment. Technologie kan ervoor zorgen dat individuen toegang hebben tot informatie, die zij voorheen niet hadden. Deze informatie stelt individuen in staat om meer regie te nemen over hun eigen zorgproces en meer gelijkwaardige gesprekken te voeren met zorgverleners (Gemert-Pijnen et al., 2018). Tegelijkertijd beperkt de inzet van e-mental health vaak ook het contact met de zorgverlener. Door dit beperktere contact is de uitval bij e-mental health interventies relatief hoog en de therapietrouw relatief laag. Sorbi & Riper (2009) omschrijven dit fenomeen als ‘replacement discontinuance’, wat de gewoonte van gebruikers beschrijft om relatief makkelijk weg te klikken (p.197). Dit zou verholpen kunnen worden door de e-mental health interventie te personaliseren en controle en feedback in de interventies te intensiveren (Sorbi & Riper, 2009). Daarnaast wordt een zorgverlener beperkt tot verbale communicatie met een patiënt, terwijl in sommige crisissituaties ook juist non-verbale communicatie van belang is bij het inschatten van de situatie (Dijksman & Essed, 2017). In het volgende hoofdstuk zal uitgebreid worden stilgestaan bij de manier waarop het gebruik van e-health kan bijdragen aan de verhoging van patient empowerment en welke factoren hierbij van invloed zijn.

## 6. Toegankelijkheid van de zorg

In de vorige drie hoofdstukken is een beschrijving gegeven van de definities van e-health en de mogelijkheden tot categorisatie van e-health interventies, met als doel een beter begrip te creëren van wat e-health precies behelst. Ook is beschreven welke rol e-health specifiek in de psychische gezondheidszorg kan spelen en welke kansen en risico's daarbij in acht moeten worden genomen. In dit hoofdstuk zal verder worden ingezoomd op de toegankelijkheid van de zorg. De verwachtingen met betrekking tot de bijdrage die e-health kan leveren aan de toegankelijkheid van de zorg zijn hooggespannen. Eén van de belangrijkste manieren om dit bewerkstelligen, is door verhoging van het patient empowerment. In het vorige hoofdstuk zijn al kort de voordelen van patient empowerment benoemd. In het vervolg van dit hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op wat patient empowerment is en hoe dit kan bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg. Daarna zal worden gekeken welke factoren de beoogde verhoging van patient empowerment door e-health gebruik beïnvloeden. De verschuiving naar een actievere rol van de patiënt brengt een verandering in het zorgproces mee voor zowel de zorgverlener als de patiënt (Adahl, 2007). Omdat in dit onderzoek de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt centraal staat, zal ook het begrip patient empowerment worden beschouwd vanuit het perspectief van de patiënt.

### 6.1 Patient empowerment in de gezondheidszorg

E-health zou kunnen bijdragen aan de efficiëntie en effectiviteit van de gezondheidszorg, waardoor de zorg ook op de lange termijn toegankelijk kan blijven (Rijen, Lint & Ottes, 2002). Een voorwaarde hiervoor is de bevordering van *patient empowerment*, in het Nederlands ook wel zelfsturing of zelfmanagement genoemd (Zarrinkhameh, 2015). Adahl (2007) definieert patient empowerment als "the increasing ability of patients to actively understand, participate in and influence their health status" (p.15). Deze term wordt gebruikt voor een brede range aan situaties waar patiënten gestimuleerd worden om meer actief deel te nemen in hun eigen gezondheidsproces (Alpay et al., 2010) en waarin patiënten meer regie ervaren over de inrichting van het eigen zorgproces (Risling et al., 2017). E-health kan een manier zijn om dit te faciliteren. Metselaar (in Zarrinkhameh, 2015) stelt dat patient empowerment succesvol is wanneer mensen zelf hun gezondheidstoestand kunnen monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven (p.20). Wanneer patient empowerment gerealiseerd wordt door e-health kan het bijdragen aan een hogere mate van betrokkenheid bij het ziekteproces, een verhoogd gevoel van zelfmanagement, meer kennis over de gezondheidstoestand van de patiënt en in sommige gevallen zelfs tot een verbeterde gezondheidstoestand (Risling et al., 2017).

### 6.2 Adoptie van e-health

Om te begrijpen hoe e-health kan bijdragen aan patient empowerment, is inzicht in het gebruik van e-health belangrijk. E-health kan ten slotte alleen bijdragen aan patient empowerment wanneer deze



daadwerkelijk gebruikt wordt. In de literatuur wordt in het kader hiervan gesproken over de *adoptie* van e-health (Ramtohul, 2015). De factoren die van invloed zijn op de adoptie van e-health kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën: e-health gerelateerde factoren, gebruiker gerelateerde factoren en omgeving gerelateerde factoren.

### *6.2.1 E-health gerelateerde factoren*

De eerste categorie factoren die van invloed is op de adoptie van e-health zijn de e-health specifieke factoren of terwijl, factoren die e-health onderscheiden van het reguliere zorgaanbod. Hierbij wordt vooral gekeken naar de kwaliteit van de ICT toepassing (Zarrinkhameh, 2015) en de mogelijkheden die de toepassing met zich meebrengt (Ramtohul, 2015). De adoptie van e-health wordt in het kader van de kwaliteit van de ICT toepassing gebaseerd op zes determinanten (Zarrinkhameh, 2015). Deze determinanten zijn ontleend aan het UTAUT2-model van Venkatesh et al. (2012). Dit model poogt het gebruik van allerlei soorten technologieën te verklaren. Ook binnen het domein van e-health is het UTAUT2-model geschikt om het inzicht te verkrijgen in het gebruik van een technologie. De zes determinanten die volgens het model bepalend zijn voor de adoptie van e-health zijn: 1) waargenomen nut, waarmee wordt bedoeld dat 2) waargenomen gebruikersgemak, 3) sociale norm, 4) faciliterende omstandigheden, 5) plezier, 6) relatieve prijs en 7) gewoonte (Venkatesh et al., 2012). Deze determinanten maken verschillen met de reguliere zorg duidelijk, omdat doormiddel van technologie de zorg plaats- en tijdsafhankelijk kan worden aangeboden, de kosten lager zijn en gebruikers minder last ondervinden van schaamte en stigma (Ramtohul, 2015).

### *6.2.2 Gebruiker gerelateerde factoren*

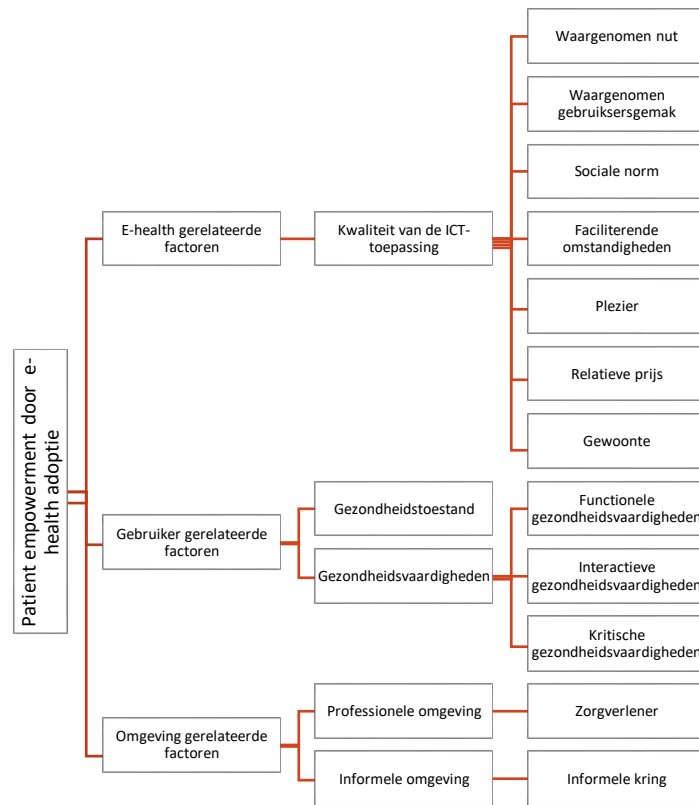
De tweede categorie factoren die van invloed is op de adoptie van e-health, zijn gebruiker gerelateerde factoren. Om het gebruik van e-health te overwegen, moet de gezondheidstoestand van het individu hier aanleiding voor geven. (Ramtohul, 2015). Echter kan deze gezondheidstoestand het gebruik van e-health ook juist in de weg staan. De aard en ernst van de gezondheidstoestand kan ervoor zorgen dat de patiënt niet in staat is om gebruik te maken van e-health of dat e-health niet aansluit bij de gezondheidsbehoeften van de patiënt (Zarrinkhameh, 2015). Niet alleen de gezondheidstoestand is van invloed op de adoptie van e-health, ook de gezondheidsvaardigheden van de patiënt zijn hierin bepalend. Gezondheidsvaardigheden kunnen worden gedefinieerd als “de mate waarin individuen over het vermogen beschikken basisinformatie over gezondheid en de nodige zorg te verkrijgen, de verkregen informatie te verwerken en deze zodanig te begrijpen om passende keuzes te maken met betrekking tot hun gezondheid” (IOM, 2004). Er zijn drie categorieën gezondheidsvaardigheden te onderscheiden: functionele gezondheidsvaardigheden, interactieve gezondheidsvaardigheden en kritische gezondheidsvaardigen. Bij functionele gezondheidsvaardigen gaat het om de meest basale vaardigheden die noodzakelijk zijn, zoals lezen, schrijven en rekenen (Zarrinkhameh, 2015). Bij interactieve

gezondheidsvaardigheden gaat het erom dat informatie die verkregen is door gebruik van functionele gezondheidsvaardigheden, kan worden toegepast op de eigen leefsituatie (Zarrinkhameh, 2015). Kritische gezondheidsvaardigheden hebben ten slotte betrekking op het vermogen van het individu om verkregen informatie kritische te analyseren en deze eigen te maken, zodat deze gebruikt kan worden om regie over het eigen leven te verkrijgen (Zarrinkhameh, 2015). Gezondheidsvaardigheden zijn een essentiële voorwaarde voor de bevordering van patient empowerment. Wanneer een patiënt beperkte gezondheidsvaardigheden heeft, is het lastig om de juiste informatie te verkrijgen. Dit komt bijvoorbeeld doordat de beschikbare informatie schriftelijk is of doordat de zorgverlener op een, voor de patiënt onbegrijpelijke, wijze communiceert (Rademakers, 2014). Door dit gebrek aan informatie zal het voor de patiënt moeilijk zijn om zelf de regie te nemen over zijn gezondheid (Zarrinkhameh, 2015; Rademakers, 2014).

### *6.2.3 Omgeving gerelateerde factoren*

De derde categorie die van invloed is op de adoptie van e-health bestaat uit omgeving gerelateerde factoren. Onder de omgeving wordt zowel de professionele als informele omgeving waarin de patiënt zich bevindt, geschaard. De professionele omgeving wordt vooral gevormd door de rol van de zorgverlener (Zarrinkhameh, 2015). De mening van de zorgverlener over de e-health toepassing kan van invloed zijn op de adoptie van e-health door de gebruiker (Ramtohil, 2015). De informele omgeving wordt niet alleen gevormd door personen uit de direct omgeving, zoals familie en vrienden, maar heeft ook betrekking op de sociaaleconomische status van de patiënt. Uit eerder onderzoek blijkt dat vooral ‘adolescenten, hoger opgeleiden en sociale milieus die open staan voor nieuwe technologieën, zelfredzaam zijn ingesteld en zich makkelijk bewegen in diverse sociale netwerken’, het gebruik van e-health in de gezondheidszorg omarmen (Zarrinkhameh, 2015). Dit houdt ontegenzeggelijk verband met het feit dat mensen met een hogere sociaaleconomische status, vanwege een betere financiële positie in het algemeen meer gebruik maken van technologische toepassingen (Zarrinkhameh, 2015).

In figuur vijf is schematische weergegeven hoe patient empowerment kan worden bewerkstelligd door de adoptie van e-health. Dit figuur zal leidend zijn bij het identificeren van de faciliterende en belemmerende factoren in de literatuurreview.



*Figuur 5. Schematische weergave van patient empowerment door e-health adoptie.*

## 7. Literatuurreview

In de vorige hoofdstukken is door middel van een literatuurverkenning inzicht gegeven in de rol die e-health inneemt binnen de bredere kaders van de zorg. Hierbij is speciale aandacht besteed aan e-mental health, de toepassing van e-health in de psychische gezondheidszorg. In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de onderzoekssynthese van de zeventien artikelen die gebruikt zijn in de literatuurreview, worden besproken. Eerst zal kort worden gekeken naar de kenmerken van de gebruikte studies, waarna dieper in zal worden ingegaan op de resultaten met betrekking tot het beantwoorden van de deelvraag: *Welke faciliterende en/of belemmerende factoren spelen een rol bij het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen?* In de bespreking van de resultaten zal ook gebruik worden gemaakt van citaten en parafrazen uit de onderzoeken om de bevindingen verder te illustreren. In het vervolg van dit hoofdstuk zal wanneer wordt gesproken over e-health, specifiek e-mental health bedoeld worden.

In deze literatuurreview is gebruik gemaakt van een zeventiental onderzoeken. Van deze onderzoeken is een onderzoeksmatrix gemaakt, waarin de voornaamste kenmerken van de gebruikte onderzoeken uiteengezet zijn. De onderzoeksmatrix biedt de mogelijkheid tot een snelle en overzichtelijke vergelijking tussen de onderzoeken. In de onderzoeksmatrix zijn de gebruikte onderzoeken genummerd. In dit hoofdstuk zal gerefereerd worden naar de onderzoeken aan de hand van deze nummering. In tabel 4 is een concept van deze onderzoeksmatrix te zien. De volledige onderzoeksmatrix is te vinden in appendix II.

Tabel 4. Concept onderzoeksmatrix

Onderzoek	Onderzoeksvraag- /doel	Steekproef	Dataverzameling	Specifieke e- health interventie	Specifiek psychische probleem	Belangrijkste resultaten
1. Bell, J., Mok, K., Gardiner, E. & Pirkis, J. (2018).	Inzicht krijgen in waarom sommige suïcidale adolescenten gebruik maken van het internet om hulp te zoeken bij hun problemen en anderen niet.  Inzicht krijgen in de effecten van dit internet gebruik; inzicht krijgen in barrières voor het zoeken naar 'offline' hulp.	Adolescenten tussen de 18 en 24 in het Verenigd Koninkrijk (n=72)	Anonieme online enquête	Niet gespecificeerd	Suïcidaal gedrag	De meeste adolescenten die gebruik maken van het internet voor hun problemen ervaren hogere sociale angst  De belangrijkste redenen voor gebruik van het internet was het zoeken van informatie en het contact met anderen
(....)	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)	(....)

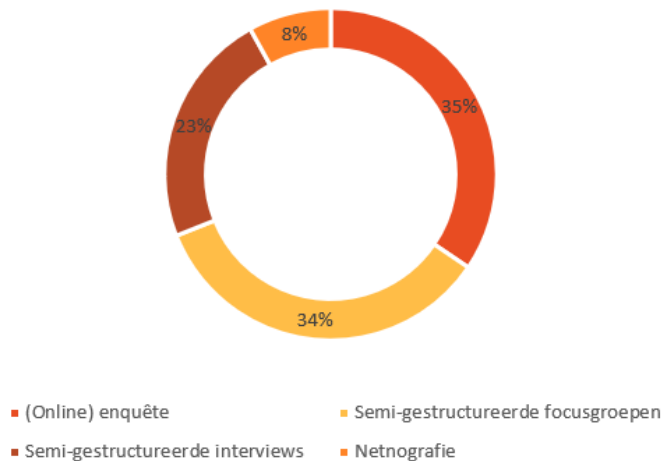
## 7.1 Evaluatie van de onderzoeken

Zoals hierboven vermeld, is deze literatuurreview opgebouwd uit zeventien onderzoeken. Het cumulatieve aantal respondenten uit deze onderzoeken is n=6117. In deze paragraaf zal een evaluatie worden gegeven van de gebruikte onderzoeken.

### 7.1.1 Demografie van de onderzoeken

Allereest zal worden gekeken naar de methoden die gebruikt zijn in de onderzoeken. Deze review richt zich op de ervaringen van adolescenten met betrekking tot e-health. Vanwege de kwalitatieve insteek van de deelvraag, maken de meeste onderzoeken in deze review ook gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Echter zijn er ook onderzoeken gebruikt die (online) enquêtes afnamen onder hun respondenten. De voorwaarde hiervoor was wel dat deze onderzoeken ook een evaluatieve component kenden. In figuur 6 is de verhouding van de onderzoeksmethoden in de verschillende onderzoeken, grafisch weergegeven.

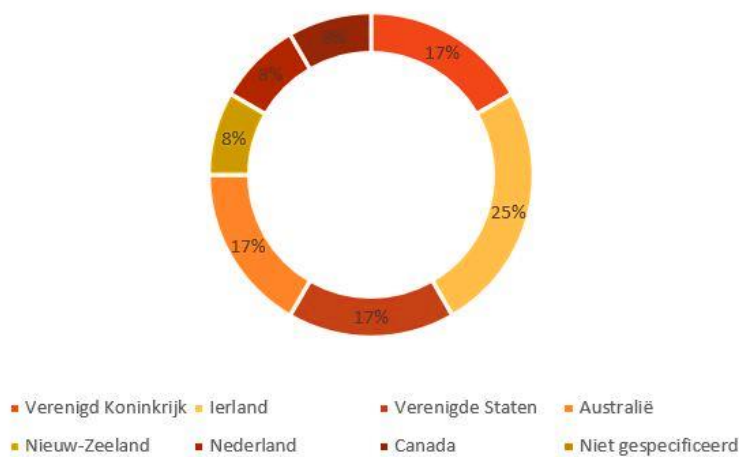
### Onderzoeksmethoden



Figuur 6. Grafische weergave van verhouding in onderzoeksmethoden.

Alle respondenten in de gebruikte onderzoeken zijn adolescenten, dat wil zeggen jongeren tussen de 12 en 24 jaar. Binnen de zeventien gebruikte onderzoeken, was er één onderzoek wat zich specifiek op meisjes richtte en één onderzoek wat zich specifiek op jongens richtte. De overige vijftien onderzoeken richtten zich op een mix van jongens en meisjes. De respondenten zijn verdeeld over acht geografische locaties, die schematisch zijn weergegeven in figuur 7.

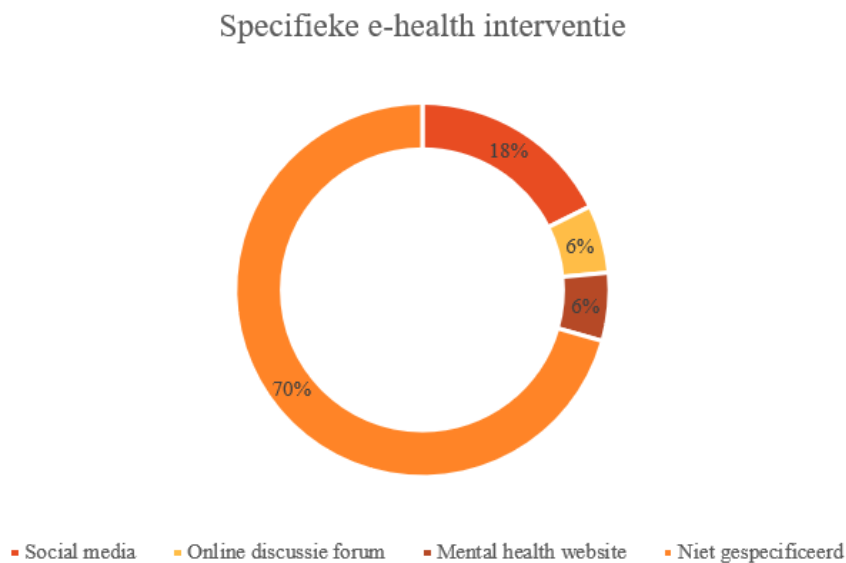
### Geografische locatie adolescenten



Figuur 7. Grafische weergave van geografische locatie adolescenten binnen de gebruikte onderzoeken.

### 7.1.2 Specificatie van e-health interventies en psychische problemen

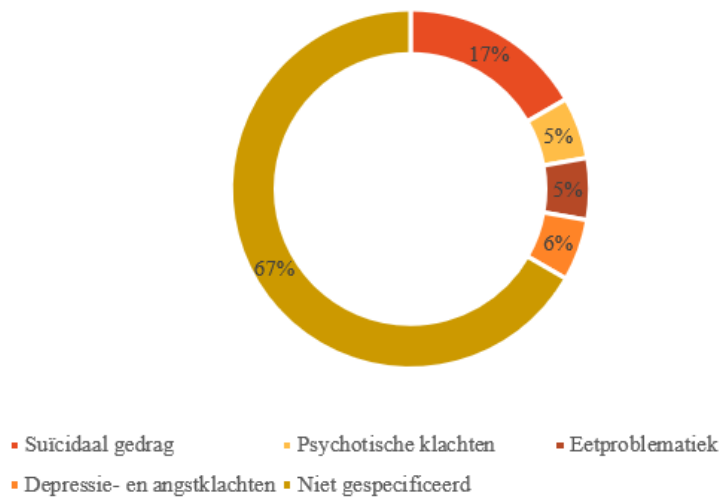
In de onderzoeksmatrix wordt gespecificeerd naar soort e-health interventie en psychische probleem. In figuur 8 is grafisch weergegeven hoe de verhoudingen zijn binnen de onderzoeken wat betreft de specifieke e-health interventies. In de cirkeldiagram in figuur 8 is te zien dat in de meeste onderzoeken niet gespecificeerd zijn aangaande de gebruikte e-health interventie. Dit betekende in de meeste gevallen dat de respondenten werden bevraagd naar hun ervaringen met e-health in het algemeen bij hulp voor hun psychische problemen.



Figuur 8. Grafische weergave van specificaties van e-health binnen de gebruikte onderzoeken.

Naast de verdeling op basis van de specifieke e-health interventie is ook gekeken naar een specificatie van de psychische problemen binnen de gebruikte onderzoeken. In figuur 9 is de verdeling van deze specificatie grafisch weergegeven. Wederom is er binnen het merendeel van de onderzoeken niet gespecificeerd naar een specifieke soort psychische problemen. Dit betekende dat er ofwel gebruik werd gemaakt van een groep respondenten met diverse problemen, ofwel van een groep zonder problemen die op hypothetische basis heeft nagedacht over hun voorkeuren in e-health gebruik.

## Specifieke psychische problemen



Figuur 9. Grafische weergave van specificaties van psychische problemen binnen de gebruikte onderzoeken.

### 7.2 Design van e-health

Adolescenten maken vooral gebruik van digitale toepassingen die hen de mogelijkheid bieden contact te hebben met lotgenoten; zogeheten online informal health (7,11,12,14,16). De voornaamste toepassingsvormen hierbij zijn online fora (11,14), maar ook social media worden regelmatig gebruikt (3,6,7). Naast de voorkeur voor deze ICT toepassingen waarin contact met anderen kan worden gelegd, hebben adolescenten ook duidelijke voorkeuren voor het design van de e-health toepassing. De adolescenten hebben behoefte aan duidelijkheid en overzichtelijkheid (12,16). Dit heeft vooral te maken met het feit dat de adolescenten in tijden van problemen zich niet kunnen zetten tot het doorzoeken van veel informatie: "When people are depressed, they lose interest easily, feel overwhelmed and may not concentrate for long periods of time. Specifically, there should be clear menus, and not a lot of 'scrolling' required (12)." Daarnaast hebben de adolescenten ook behoefte aan de mogelijkheid tot interactieve informatie online:

There is a need to enable them to interact and engage with the content they find online. Users suggested that this could be done through comments sections at the bottom of information pages with the ability to upvote certain comments (16).

Ook noemen de adolescenten het belang van de mogelijkheid tot contact met andere mensen, zoals lotgenoten of zorgverleners (7,9,12). Dit kan gedaan worden door de inzet van fora waarop adolescenten die met dezelfde soort problemen worstelen contact met elkaar kunnen hebben (12). Ook een chatfunctie wordt door de adolescenten gewaardeerd, met name omdat dit de reactiesnelheid verhoogd (9).



## 7.3 Gebruik van e-health

### 7.3.1. Informatie zoeken

Er zijn twee voornaamste redenen waarom adolescenten gebruik maken van e-health met betrekking tot hun psychische problemen. De eerste manier waarop adolescenten gebruik maken van e-health, is voor het zoeken naar informatie. Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat dit de voornaamste reden is dat adolescenten gebruik maken van e-health (13,15,16). Het kan hierbij gaan om het zoeken van informatie over klachten of het lezen van mogelijke behandelopties (14). Daarnaast maken adolescenten ook gebruik van het e-health om informatie te verifiëren die ze elders hebben gehoord: " Even after going to the doctor, when he prescribes me medicine, I will go online and look it up (8)." Uit het onderzoek van Montagni et al. (2016) komt naar voren dat 47.8% van de adolescenten gebruik maakt van het internet voorafgaand aan een afspraak met een zorgverlener. Ze zoeken onder andere naar de studieachtergrond en ratings van de zorgverlener en naar kenmerken van hun klachten zodat ze beter voorbereid zijn tijdens hun consult. Na de afspraak met de zorgverlener, wordt door 49.6% van de adolescenten online informatie opzocht (13):

Sometimes you get a new psychiatrist, or a crazy one, or one that you can't trust. They are just like: take this medication – this is what you need. So I look it up online and learn all the side effects and then I can go back to him and say " why do you think I am psychotic?" (8).

Adolescenten maken niet alleen gebruik van e-health om informatie op te zoeken voor zichzelf, maar ze gebruiken het ook als tool om anderen in hun omgeving te kunnen helpen zoals familie en vrienden (13,16). De meeste adolescenten vinden informatie doormiddel van zoekmachines zoals Google (2,9,15,16,17). Daarnaast worden ook social media en Youtube genoemd als bronnen voor informatie (2). Ook advertenties en reclames worden genoemd als aanzet tot het gebruik van e-health: "I got a leaflet with the name of a website for help at my school and out of curiosity I visited the website, read some information and clicked on one link (9)."

### 7.3.2 Contact met anderen

De tweede manier waarop adolescenten gebruik maken van e-health is om contact te leggen met anderen (7, 11, 12, 14, 16). Adolescenten zien het e-health als een veilige plek waar zij met lotgenoten of vrienden kunnen praten, waarbij zij zelf kunnen kiezen met wie zij informatie delen (7). Adolescenten ervaren het als ondersteunend dat ze met anderen kunnen praten via het internet. Het idee dat anderen mee denken met hun problemen en er 'gewoon voor hen zijn' helpt de meeste adolescenten: "There are no 'unhelpful' responses because it's still someone taking the time to reply to me and to message me and

that helps (7)." Het valideren van eigen ervaringen bij anderen, kan adolescenten helpen in hun eigen proces (16). Naast lotgenoten, wordt ook het contact met zorgprofessionals genoemd. Echter worden zorgprofessionals wel pas genoemd als tweede stap, nadat eerst hulp is gezocht bij lotgenoten: " Peers were seen as a first point of contact and a sounding board for concerns, while professionals were seen as someone to access when feeling ready (12)."

## 7.4 Verhouding tot 'offline' hulpverlening

### 7.4.1 Nadelen offline hulpverlening

E-health kan een oplossing zijn voor adolescenten die om uiteenlopende redenen geen gebruik maken van 'offline' hulpverlening. Er zijn verschillende redenen waarom adolescenten geen gebruik maken van offline hulp. Een van de redenen om geen hulp te zoeken, is dat adolescenten twijfelen of hun problemen wel serieus genoeg zijn: " I would question how serious my needs are; I would not know what to say about my problems (1)." Daarnaast geven adolescenten ook aan, dat ze graag zelf hun problemen op willen lossen zonder de hulp van anderen (1,6). Dit heeft in grote mate ook te maken met het stigma waarvoor de adolescenten bang zijn, wanneer ze hulp zouden zoeken (1,4,6). Ten slotte laten de onderzoeken ook zien dat de adolescenten het moeilijk vinden om face-to-face over hun problemen te praten: " Most of all, I don't feel I could fully put across my feelings in a face-to-face situation, to write down things in an instant messenger form would make seeking help so much easier (1)." Dit blijkt ook uit het feit dat adolescenten niet altijd het gevoel hebben, dat ze begrepen worden door hun hulpverlener:

I prefer this (online) to CAMHS (offline) to be honest. They can put you on medicine and they listen when you talk, but it feels like they're constantly trying to discharge you but here (online) I'm allowed to stay as long as I like (14).

### 7.4.2. Voordelen offline hulpverlening

Er zijn daarentegen ook adolescenten die face-to-face hulp wel verkiezen boven online hulpverlening. Deze adolescenten zien het als een voordeel dat tijdens face-to-face contact ook lichaamstaal kan worden geobserveerd (4,9,10,17):

I don't know how I feel about online counselling, if I wanted to see a counsellor I think I'd want to sit in front of them because there is so much to be gained from body language, from facial expressions and a lot of things like that cannot be gained online (17).

Daarnaast noemen de adolescenten dat het bij 'offline' hulpverlening makkelijker is om een persoonlijk advies te krijgen wat specifiek is afgestemd op de eigen situatie (4,10,17). Ten slotte benoemen de adolescenten dat dit persoonlijke contact er ook voor zorgt dat je makkelijker een vertrouwensband opbouwt met de zorgverlener (4,10,12,17). Doordat de zorgverlener een persoonlijker band heeft met de adolescent is hij in staat om een meer persoonlijk advies te geven aan de jongere, wat ten goede komt aan het vertrouwen van de adolescent in dit advies (4). Dit levert een probleem op bij online hulpverlening omdat het hierbij onduidelijk is met wie de adolescent in gesprek is: " I'm wondering if it (online help) would be effective, you know. I would be wondering who are these people that I'm talking to: Are they trained? Are they qualified? (17)."

#### *7.4.3. Online hulp als opstap naar offline hulp*

Online- en offline hulp hoeven elkaar niet uit te sluiten maar kunnen elkaar juist ook versterken. Wanneer de stap naar offline hulp nog te groot is voor de adolescent, kan e-health een nuttige hulpbron zijn in het maken van de stap naar de offline hulp (2,3,9,11,14,16,17). Vooral voor adolescenten die (sociale) angstklachten ervaren, kan het moeilijk zijn om de stap naar een zorgverlener te maken (17). Een reden hiervoor kan zijn dat wanneer adolescenten online informatie verkrijgen over hun problemen, zij hun eigen problemen beter leren te begrijpen en meer inzicht krijgen in de mogelijkheden voor offline hulp (3). Daarnaast kan een online gesprek een prettig begin zijn van een traject voor offline hulpverlening, omdat de adolescent dan de kans krijgt om alvast dingen te vertellen waar hij face-to-face moeite mee zou hebben. Dit kan bijdragen aan het vertrouwen van de adolescent in de hulpverlening: " The majority of the participants had no objection to following up the anonymous chat sessions with a personal visit to the youth healthcare worker, if there was a good reason to do so (9)." Het is dan ook belangrijk om online hulp als eerste stap in het proces van hulpverlening bij adolescenten te onderkennen (2).

In het vervolg van dit hoofdstuk zal worden gekeken naar de factoren die het gebruik van e-health bij adolescenten met psychische problemen faciliteren of belemmeren. Om de inzichten uit de literatuurreview beter te kunnen duiden, zal gebruik worden gemaakt van figuur vijf uit paragraaf 6.2.3 van dit onderzoek.

## 7.5 Faciliterende factoren voor het gebruik van e-health

### 7.5.1 Anonimiteit

De mogelijkheid om anoniem te blijven, is misschien wel de belangrijkste reden voor adolescenten om hulp te zoeken via het internet (2,7,8,9,10,11,12,13,15,16,17). Uit het onderzoek van Pretorius et al. (2020) blijkt dat voor 80% van de adolescenten die hulp zoeken, anonimiteit hun beslissing om hulp te zoeken heeft beïnvloedt (16). Het zoeken naar hulp via e-health, biedt adolescenten de mogelijkheid om hun problemen kwijt te kunnen zonder daarbij hun eigen identiteit prijs te geven: "Websites you know, you don't have to sign up. It's all anonymous to ask a question, no personal details, no email address (2)."

Adolescenten ervaren een angst dat andere partijen, zoals de politie, erachter komen welke problemen de adolescenten ervaren en hierop actie ondernemen (12). Door de hoge mate van anonimiteit biedt hulp via internettoepassingen een groot voordeel, waar face-to-face hulpverlening op geen enkele manier aan kan voldoen (11). Vanwege de grote waarde die de adolescenten hechten aan hun anonimiteit, is privacy een belangrijke voorwaarde waaraan een e-health interventie moet voldoen (10).

De wens om anoniem te blijven, komt voort uit de angst voor stigmatisering wanneer anderen erachter komen dat Ode adolescent psychische problemen ervaart (2,3,5,7,10,11,12,16):

I often go online because I know there is something wrong but I don't want to tell anyone in my real life for the fear that they will judge me or they won't care and I'll just be bothering them.

Online help can help me deal with my problem alone, so I will not have to tell anyone (16).

Sommige adolescenten ervaren dat het moeilijk is om offline te praten over hun problemen, vanwege verwachtingen die anderen van hen hebben. Een respondent in het onderzoek van Gibson & Trka (2020) stelt dat het niet mannelijk is om kwetsbaarheid te laten zien, waardoor hij er de voorkeur aan geeft om online hulp te zoeken: "It is to do with the ability to say what you need to say, without showing emotion; you couldn't tell if I was crying or the like (7)."

### 7.5.2 Contact met lotgenoten

Een tweede faciliterende factor in het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen is dat het hen de mogelijkheid biedt om contact te leggen met lotgenoten en daardoor peersupport van elkaar te ontvangen (1,5,7,8,11,12,16,17). In het onderzoek van Bell et al. (2018) naar het gebruik van e-health onder suïcidale adolescenten, ervaren de adolescenten fora voor peersupport als 'a supportive sense of community and acceptance' (1). Het contact met lotgenoten levert de adolescenten een gevoel

van comfort op, dat zij niet de enige zijn die met de problemen moeten dealen (1,5,7,8,11,12,16,17). Een respondent uit het onderzoek van Mar et al. (2014) zegt hierover:

When I feel depressed, I will Google search the problem and I can find people who have similar symptoms. I'm very happy to see what they're thinking about. They write down their thoughts and their comments on an online forum. I usually feel relief when I find out there are also other people undergoing the same thing (12).

De mogelijkheid om contact te hebben wordt gebruikt om elkaar te steunen, maar ook om ervaringen uit te wisselen over wat wel en wat niet werkt (5,8,17) De adolescenten geven aan advies van hun lotgenoten aan te nemen: " I definitely think it's an important tool (...) I think there is no better way to help someone out than someone who's actually been through the same problems as you have (5)."

Ten slotte geven adolescenten ook aan dat het contact met lotgenoten via e-health bevorderlijk is voor hun gemoedstoestand (7,14). De adolescenten benoemen gevoelens van blijdschap en een verhoogd vertrouwen, wat ook doorwerkt in 'offline' situaties: " It helps me gain confidence with speaking to new people and it helps me be more sociable, it also takes me out of a crap mood (14)."

### *7.5.3. Flexibiliteit en toegankelijkheid*

Een derde voordeel wat de adolescenten ervaren met betrekking tot het gebruik van e-health is de hoge mate van flexibiliteit en toegankelijkheid die het gebruik van e-health bij psychische problemen met zich meebrengt (2,5,7,8,10,11,13,14,16). Uit het onderzoek van Montagni et al. (2016) blijkt dat 62,8% van de adolescenten het grootste voordeel van e-health vindt dat het 24 uur per dag beschikbaar is (13). Het is dus belangrijk dat hulp altijd beschikbaar is wanneer de adolescent de behoefte voelt om over zijn problemen te praten (2,5,7,13,14,16). Dit is vooral van grote waarde wanneer het aankomt op crisissituaties (2,5,16). Crisissituaties doen zich vaak in de nacht voor, wanneer reguliere hulp niet beschikbaar is (5): " If it is two in the morning and you need some information, it is right there at your fingertips (8)."

Wanneer adolescenten niet in staat zijn om in crisissituaties hulp te krijgen, is de kans groot dat de problemen zich verder opstapelen (7,11):

If I felt bad and messaged someone needing their support and they took hours to reply I'd find that I wouldn't want to talk about it by the time they could. The need to talk would pass but it would result in an accumulation of negativity that would result in a larger upset later on (7).

Adolescenten zouden het daarom handig vinden als e-health toepassingen mogelijkheden tot hulp zouden hebben, die op elk moment kunnen worden aangewend. Voorbeelden hiervan zouden vormen van praktische oefeningen kunnen zijn die adolescenten in een crisissituatie kunnen toepassen, zoals ademhalings- en meditatieoefeningen (16).

Ten slotte wordt in twee onderzoeken ook het kostenaspect genoemd wat e-health aantrekkelijk maakt voor adolescenten omdat deze lager liggen dan bij reguliere hulp (8,15). Het onderzoek van Pretorius et al. (2019) wijst uit dat 84.41% van de adolescenten de lage kosten van hulp via e-health benoemt als reden om er gebruik van te maken (15).

#### *7.5.4 Gemak van online communicatie*

Een andere faciliterende factor die naar voren komt in de onderzoeken, is dat psychische problemen volgens adolescenten makkelijker zijn om te bespreken wanneer dit online gebeurt. De adolescenten voelen zich vrijer om zich te uiten wanneer zij dit doen doormiddel van een geschreven bericht (2,7,9,10,12). Enerzijds komt dit doordat online communicatie de adolescent de mogelijkheid biedt om langer na te denken over hetgeen hij wil zeggen: " It (e-mail) allows me to think longer about the things I want to say (9). Anderzijds komt dit doordat adolescenten niet onmiddellijk geconfronteerd worden met de reactie van de ander, wanneer zij over hun problemen vertellen:

It wouldn't be as hard to tell them something online. If you had to tell someone something really serious offline you might get put off by the way they reacted or something (...) I don't know, but if you're telling them online you don't have to worry about any of that, you just look at your computer (2).

Doordat de adolescenten niet onmiddellijk met deze reactie worden geconfronteerd wordt een zekere mate van afstand gecreëerd die maakt dat de adolescenten zich minder kwetsbaar voelen (7). Dit is belangrijk omdat de mate waarin een adolescent zich veilig voelt, bepalend is voor de hoeveelheid en soort informatie die hij deelt (10). Ten slotte zijn de hedendaagse adolescenten opgegroeid met het internet en is dit voor hen het meest gebruikte communicatiekanaal (9). Door de familiariteit met het internet als communicatiekanaal hebben adolescenten een goed ontwikkelde *online emotional literacy*: "Participants examples highlighted their ability to express emotion online through words and images and they demonstrated their expertise in reading subtle expressions of distress on social media (7)."

### **7.6 Belemmerende factoren voor e-health gebruik**

#### *7.6.1 Gebrek aan regie over informatie*

Sommige adolescenten voelen zich onzeker over de betrouwbaarheid van e-health. Zij maken zich zorgen over wat er kan gebeuren met de informatie die zij delen in de e-health interventies (5,16,17). Ze zijn bang dat de informatie die ze delen, mogelijk toch tot hen te herleiden is en dat anderen erachter komen dat ze psychische problemen ervaren: " I'd be worried putting things in writing in the internet. I

don't know why. Like I know that there'll have to be confidentially around it, but the internet just seems kind of insecure (5)."

Daarnaast zijn adolescenten bang dat door iets in geschrift via internet te plaatsen, ze niet langer regie hebben over de informatie omdat anderen deze informatie zomaar kunnen kopiëren. Dit maakt dat de voordelen met betrekking tot de anonimiteit van het internet, hiermee makkelijk tenietgedaan kunnen worden:

The gains afforded by this route to help-seeking, therefore, seem overshadowed by the fact that the disclosure statement, when delivered, is immediately beyond the control of the originator as the text may be copied or reproduced at will (2).

Vanuit deze gedachtegang wordt bijvoorbeeld hulpverlening via e-mail al als niet veilig genoeg bestempeld, omdat het mogelijk zou zijn om via het emailadres achter meer informatie van de adolescent te komen. Ook bij chatfuncties worden zorgen geuit omdat adolescenten bang zijn dat meer persoonlijke informatie over hen verkregen kan worden via het IP-adres (9). Deze bevindingen benadrukken het belang van een vertrouwelijke internetomgeving waarbij adolescenten zich veilig genoeg voelen om hun problemen met anderen te delen. In het onderzoek van Gibson & Trnka (2020) wordt dit geïllustreerd door de bevinding dat onderling vertrouwen een significant thema is in het zoeken van hulp via internet; " It was evident in the way that participant actively negotiated emotional safety for themselves before they were willing to talk about sensitive issues online (7).

### *7.6.2 Betrouwbaarheid van informatie*

Een tweede barrière in het gebruik van e-health bij adolescenten is het feit dat ze niet alle informatie op internet vertrouwen of moeite hebben met het beoordelen van de kwaliteit van de informatie (2,5,7,9,10,13,15,16). Uit het onderzoek van Montagni et al. (2016) blijkt dat 69,7% het internet onbetrouwbaar vindt (13). Een probleem hierbij is dat door de grote hoeveelheid informatie het lastig is om onderscheid te maken tussen wat betrouwbare informatie is en wat niet (5,7,9,10,13,15). De grote hoeveelheid informatie frustreert de adolescenten en geeft hen het gevoel overweldigd te zijn door de informatie (5,7). Adolescenten zijn bang dat de informatie die ze via e-health vinden niet betrouwbaar is en dat dit mogelijk negatieve gevolgen voor hen kan hebben (7,9). In het onderzoek van Havas et al (2011) benoemen adolescenten de angst dat de websites schadelijke informatie bevatten of dat diegenen die de website beheren, niet te vertrouwen zijn:

They were suspicious about the persons or agencies behind the website offering information or help; giving false information or having dishonourable intentions such as sexual abuse (9).

Een andere reden dat de adolescenten de informatie online niet vertrouwen, is het feit dat de hulp niet is toegepast op hun persoonlijke situatie (5,6,8,15,16,17): " I think a lot of people forget that if you look up a drug and read the reviews that everyone is going to react differently to the drug (8)." Vanwege de grote hoeveelheid beschikbare informatie en de onpersoonlijkheid van deze informatie, moeten de adolescenten zichzelf manieren eigen maken om de kwaliteit van de informatie te beoordelen. Deze manieren zijn echter vrij triviaal. De meeste adolescenten bekijken een aantal websites en nemen het antwoord dat het vaakst voorkomt, als waarheid aan: " You would go down a couple and then if they have all got the same answer then that's usually your answer (2)." Andere indicatoren die voor de adolescenten bijdragen aan de mate waarin e-health wordt vertrouwd, zijn de aanwezigheid van logo's van gezondheidsorganisaties of overheidsinstanties (2,9,15,16). Ook de verwijzing naar wetenschappelijke bewijsvoering, verhoogt het vertrouwen van de adolescenten in de gevonden informatie (15). Ondanks de inspanningen van de adolescenten om manieren te vinden om de kwaliteit van informatie in e-health toepassingen te beoordelen, blijkt de *mental health literacy* van adolescenten niet goed genoeg te zijn (16). Dit wil zeggen dat adolescenten niet in staat zijn om op juiste gronden te beoordelen wat betrouwbare informatie is (16). In het onderzoek van Best et al. (2016) wordt dit geïllustreerd door de zinsnede " Digital natives are not necessarily digitally 'wise' (2)."

### 7.7 De e-health paradox

In het e-health gebruik van adolescenten schuilt een enorme paradox. Deze paradox bestaat eruit dat een faciliterende factor in het e-health gebruik door adolescenten, ook vrijwel altijd een nadelig effect met zich mee brengt. In de vorige paragrafen zijn naast vier faciliterende factoren, ook twee belemmerende factoren in het gebruik van e-health door adolescenten genoemd. Naast deze twee belemmerende factoren zijn er echter ook nog twee nadelige bijeffecten te onderscheiden, die niet altijd door de adolescenten zelf worden onderkend.

Ten eerste kan de anonimiteit een belangrijke rol spelen in het faciliteren van mogelijkheden voor adolescenten om over hun problemen te praten zonder dat vrienden, ouders of hulporganisaties erachter komen wie de adolescent precies is. Hier schuilt echter ook gelijk het gevaar van anonimiteit in. Wanneer er sprake is van een crisis- of noodsituatie waarin de adolescent gevaar loopt, is het onmogelijk om de adolescent te traceren en noodhulp te bieden (2,16):

This presents an ethical dilemma as emergency protection procedures can not be mobilized if an anonymous user presents at a risk of serious harm. However, if a user is in immediate distress (...) the process of registering personal details may discourage engagement (2).



Een tweede paradox in het gebruik van e-health heeft betrekking op het contact met lotgenoten. Adolescenten ervaren het als prettig om ervaringen met lotgenoten uit te wisselen en doen veel vertrouwen op in dit contact. Echter zijn er ook zorgen dat dit contact met lotgenoten kan zorgen voor verergering van de klachten van de adolescenten (1,5,12). Door te zien dat anderen adolescenten ook last hadden van psychische problemen, werden de eigen klachten getriggerd en verergerd: "If you've got a bunch of really depressed people all together in a kind of, I guess, confined Internet Space, they just make each other more depressed (5)." Vooral bij suïcidale adolescenten bestaat de angst dat het contact met lotgenoten, de gedachten en het gedrag negatief kan beïnvloeden: "It could potentially influence some people who may not have had a firm idea yet in their head and give them a plan (1). "

## 7.8 Synthese

In dit onderzoek wordt de definitie van de Europese Commissie (2012) gebruikt, welke luidt:

E-health is the use of ICT in health products, services and processes combined with organisational change in healthcare systems and new skills, in order to improve health of citizens, efficiency and productivity in healthcare delivery, and the economic and social value of health. E-health covers the interaction between patients and health-service providers, institution-to-institution transmission of data, or peer-to-peer communication between patients and/or health professionals (Europese Commissie, 2012).

Deze definitie laat ruimte voor de invulling van hoe die ICT toepassingen er precies uitzien. Voor het e-health gebruik van adolescenten ligt het zwaartepunt op het laatste deel van de definitie van de Europese commissie (2012): " (...) E-health covers the interaction between patients and health-services providers, institution-to-institution transmission of data or peer-to-peer communication between patients and/or health professionals. Adolescenten maken vooral gebruik van online informal help, waarbij contact met lotgenoten zeer belangrijk is. Dit is een andere vorm van e-health dan beschreven door Sorbi & Riper (2009) en Krijgsman & Klein Wolterink (2012). Zij maakten een driedeling tussen e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health. Het e-health gebruik van adolescenten kan vooral worden geschaard onder de categorieën e-zorg en e-public health, maar heeft een andere invulling dan de eerder genoemde meer formele voorbeelden van e-health, zoals tele-consultatie en online therapie. De toepassing van ICT in de gezondheidszorg bij adolescenten met psychische problemen gaat dus verder dan wat de meeste literatuur schaaft onder het begrip e-health.

De factoren die van invloed zijn op het gebruik van e-health zijn te duiden aan de hand van figuur 5 uit paragraaf 6.2.3 van dit onderzoek. Ten eerste komt de wens om anoniem te blijven vaak voort uit een angst voor stigmatisering, welke een voorbeeld is van een omgeving-gerelateerde factor in het gebruik

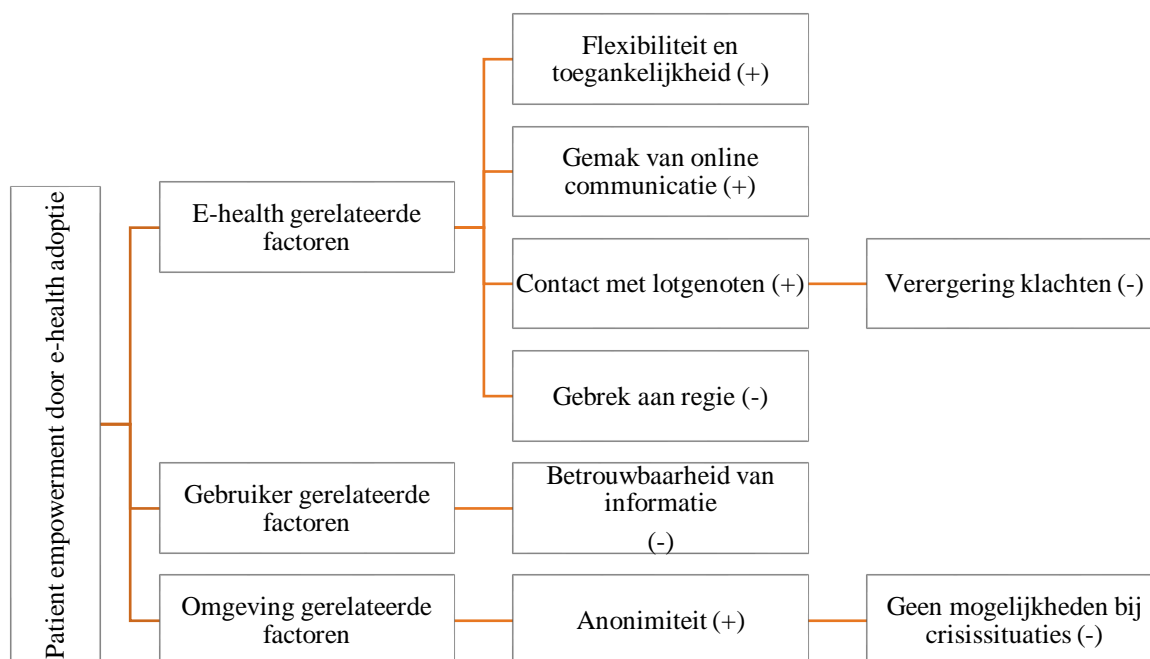
van e-health. Volgens Zarrinkhameh (2015) is het belangrijk wat mensen in je formele- en informele kring vinden van keuzes in het hulpproces. Doordat de adolescent stigmatisering ondervindt in zijn omgeving, is hij sneller geneigd om hulp te zoeken via e-health omdat dit hem in staat stelt om zijn anonimiteit te waarborgen. Het online zoeken van hulp draagt op twee manieren bij aan een vermindering van het gevoel van stigmatisering. Enerzijds helpt de online hulp bij het verminderen van stigmatisering, doordat adolescenten hun identiteitsgegevens niet hoeven te delen met de zorgverlener waardoor ze niet te herleiden zijn. Anderzijds biedt het de mogelijkheid om over problemen te kunnen praten, zonder de spanningen die face-to-face contact met zich mee kan brengen. De tweede faciliterende factor, het contact met lotgenoten, kan om twee redenen worden gezien als e-health gerelateerde factor in het adoptieproces van e-health. Allereerst ervaren de adolescenten een vorm van waargenomen nut bij het zoeken van hulp via het internet, doordat zij via het internet contact kunnen leggen met lotgenoten en zij op deze manier elkaar kunnen helpen (Venkatesh et al., 2012). Daarnaast levert het gebruik van e-health de adolescent ook een zekere vorm van plezier op, doordat zij er meer zelfvertrouwen van krijgen en hun gemoedstoestand ervan verbeterd (Venkatesh et al., 2012). Ook flexibiliteit en toegankelijkheid kunnen worden gezien als e-health gerelateerde factoren die het gebruik ervan kunnen beïnvloeden. Deze facilitator is een vorm van waargenomen nut van e-health. Het feit dat het internet tijd- en plaatsafhankelijk te raadplegen is, sluit beter aan bij de behoeften van adolescenten dan dat de offline hulp dit doet. Op deze manier dragen flexibiliteit en toegankelijkheid bij aan het waargenomen nut van e-health. (Venkatesh, et al., 2012). Ten slotte is ook het gemak van online communicatie een e-health gerelateerde factor in de vorm van waargenomen nut. Adolescenten kunnen zich makkelijker uitdrukken via het internet, wat nog eens verder gefaciliteerd wordt door de sterke online emotional literacy van de adolescenten. Het gebruik van e-health wordt in dit geval bevorderd door het gemak waarmee adolescenten in staat zijn om zich online uit te drukken. Deze e-health gerelateerde factor voor de adoptie van e-health, is eerder besproken als het waargenomen gebruikersgemak (Venkatesh et al., 2012). Wanneer een e-health interventie dus niet aansluit bij de online emotional literacy en de gebruikswijze van adolescenten, zullen zij afhaken in het gebruik van de e-health interventie.

Ook de belemmerende factoren kunnen worden geduid aan de hand van figuur 6.2.3. Het gebrek aan regie over de informatie die adolescenten delen via e-health is tevens een e-health gerelateerde factor, maar dan één die het gebruik ervan negatief beïnvloedt. Omdat iedereen op het internet informatie kan delen is de auteur van de informatie vaak onbekend en is er ook veel onbetrouwbare informatie in omloop (Bucci, Schwannauer & Berry, 2019). Daarnaast beschreven Gemert-Pijnen et al. (2018) ook al eerder het risico dat de informatie die adolescenten op het internet delen, gemakkelijk bij anderen terecht kan komen. Het feit dat de adolescenten geen regie hebben over de gedeelde informatie doet af aan het waargenomen nut, zoals beschreven door Venkatesh et al. (2012). Daarnaast wordt het e-health gebruik van adolescenten ook belemmerd door het ontbreken van een goede mental health literacy. Het ontbreken van de mental health literacy duidt erop dat adolescenten wel beschikken over functionele-

en interactie gezondheidsvaardigheden, maar dat de kritische gezondheidsvaardigheden achterblijven (Zarrinkhameh, 2015).

Het gebruik van e-health brengt voor adolescenten mogelijkheden voor vormen van zelfmanagement ofwel patient empowerment mee. Door de verhoogde patient empowerment van de adolescent is hij in staat meer regie te nemen over zijn eigen zorgproces Dit word gevoed door het feit dat de adolescent anoniem kan blijven, contact kan hebben met lotgenoten, hulp flexibel en altijd toegankelijk is en doordat het voor de adolescent makkelijker is om zichzelf te uiten in een online omgeving. Het patient empowerment van de adolescent wordt daarentegen belemmerd door twee factoren: het gebrek aan regie over de gedeelde informatie en de soms slechte kwaliteit van de informatie. Daarnaast zijn er nog twee negatieve effecten van twee faciliterende factoren, die door de adolescenten beperkt erkend worden maar die wel van invloed zijn op de manier waarop over online hulpverlening gedacht zou moeten worden. In figuur tien is een schematische weergave te zien van de faciliterende en belemmerende factoren die adolescenten ervaren in de adoptie van e-health.

De schematische weergave van faciliterende en belemmerende factoren, zoals weergegeven in figuur 10, zal leidend zijn voor de expertinterviews. In de expertinterviews zal de visie van de experts worden bevraagd op de resultaten zoals getoond in figuur 10.



Figuur 10. Schematische weergave van de faciliterende en belemmerende factoren die van invloed zijn op het patient empowerment door e-health adoptie bij adolescenten, verkregen uit de literatuurreview.

## 8. Expertinterviews

In de expertinterviews zijn zeven experts geraadpleegd die werkzaam zijn in de e-health branche, in de psychische gezondheidszorg voor adolescenten of in een combinatie van deze twee. De expertinterviews hadden ten doel om de visie van de experts op e-health en het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen inzichtelijk te maken. In de expertinterviews zijn tevens de resultaten van de literatuurreview voorgelegd, zodat deze van meer duiding en diepgang konden worden voorzien door de experts. De raadpleging van experts kan daarnaast duidelijk maken hoe inzichten die doormiddel van wetenschappelijk onderzoek zijn verkregen, in de praktijk vorm krijgen. Een overzicht van de geraadpleegde experts is te vinden in appendix IV. In dit hoofdstuk zal naar de respondenten worden gerefereerd aan de hand van dit overzicht (Respondent 1 is R1, enzovoorts). In dit hoofdstuk zal eerst aandacht worden besteed aan de afbakening van het begrip e-health volgens de experts. Vervolgens zal worden besproken hoe e-health zich volgens de experts verhoudt tot overige vormen van zorg, waarna wordt besproken welke faciliterende en belemmerende factoren volgens de experts het gebruik van e-health door adolescenten van e-health beïnvloeden. Ten slotte wordt besproken hoe de institutionele context het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen beïnvloedt.

### 8.1 Afbakening e-health

In hoofdstuk drie zijn diverse definities van e-health besproken, vanuit zowel een wetenschappelijk als uitvoeringsperspectief. In deze vergelijking werd duidelijk dat er weinig overeenstemming bestaat over wat het begrip e-health precies beslaat. Dit is een gegeven wat de experts herkennen en beamen. In tegenstelling tot de meer beschrijvende definities in hoofdstuk drie noemen de experts vooral toepassingsvormen zoals wearables, telemonitoring, apps en het patiëntendossier, in hun afbakening van het begrip e-health (R1,R2,R3,R5,R6). Echter omvat e-health niet voor elke expert dezelfde toepassingsvormen. Vooral over de minder formele vormen van e-health, waarvan de adolescenten veel gebruik bleken te maken, zijn de experts het niet altijd eens. Zo beschouwt respondent 2 online fora wél als vorm van e-health: " die fora vallen wellicht onder e-health (...) alleen het is niet per se wat de gezondheidszorg altijd ook aanbiedt", terwijl respondent 3 stelt dat het afhankelijk is van het soort forum:

Als ik het heb over e-health tools, dan heb ik het niet over het opzoeken van informatie. Tenzij het echt informatie is niet alleen op basis van vraag en antwoord maar een aangeboden psycho-educatie forum bijvoorbeeld (R3).

De experts erkennen echter zelf ook dat e-health een container begrip is en dat het moeilijk is om te onderscheiden wat er wel toe gerekend kan worden en wat niet (R1, R3, R5, R6): " Ik geef toe dat het een raar begrip is en dat het moeilijk is om ergens een vage grens te trekken (R6)".

Desalniettemin erkennen zij het belang van een alomvattende definitie voor zowel de praktijk van-, als het onderzoek naar e-health: " Het is nogal een verwarrend begrip en op die manier ga je appels met peren vergelijken, dus ik denk dat het heel belangrijk is om een goede definitie te hebben van het containerbegrip e-health (R3) ".

## 8.2 E-health in het bredere zorgproces

### 8.2.1. E-health en de fase in het zorgproces

In hoofdstuk vier is besproken dat e-health zowel door verschillende partijen, als wel op verschillende momenten in het zorgproces kan worden toegepast. In de interviews met de experts werd door de meerderheid van de experts de rol van e-health in de preventieve fase van het zorgproces aangestipt (R2, R3, R4, R5, R7). Enerzijds zou e-health geschikt zijn in de preventieve fase vanwege het belang om tijdig in te grijpen bij psychische problemen: "Als je erop tijd bij bent is je prognose ook beter, dus dan zal jouw ziekte ook minder lang duren en zullen je klachten minder snel terugkeren (R2)". Dit belang wordt verder versterkt door de lange wachtlijsten in de reguliere zorg. Adolescenten zouden in het kader hiervan gebruik kunnen maken van e-health, gedurende de tijd dat zij op een wachtlijst staan voor reguliere zorg (R3, R5). Ten slotte kan e-health in de preventieve fase van het zorgproces ook een rol spelen in de vorm van een soort psycho-educatie (R4, R7): " Wij laten als rolmodellen zien dat praten over je problemen oké is en dat praten helpt, en dat we zo mensen een beetje helpen met dat stigmabeeld (R4)". Naast de preventieve fase wordt ook de behandelfase (R3, R4, R6) en de nazorg (R6) genoemd als mogelijke fase in het zorgproces waarin e-health kan worden ingezet. Een belangrijk probleem wat zich voordoet wanneer e-health in de preventieve fase wordt gebruikt, is de financiering ervan. Wanneer zorgverleners een beroep willen doen op financiering van zorgverzekeraars moeten zij de kosten kunnen wegschrijven bij een persoon. In Nederland zijn zorgverzekeraars niet verantwoordelijk voor anonieme zorg en omdat preventieve zorg niet persoonsgebonden is, is het niet onmogelijk hier financiering voor aan te vragen wat de implementatie ervan bemoeilijkt (R6).

### *8.2.2 E-health en de rol in het zorgproces*

Naast de fase waarin e-health wordt toegepast, kan ook worden gekeken naar de manier waarop e-health, al dan niet, wordt gecombineerd met de reguliere zorg. In de preventieve fase zou e-health volgens de experts als losse interventie kunnen worden aangeboden maar de meeste experts zijn het erover eens dat e-health in het behandelproces altijd in blended vorm moet worden aangeboden, dat wil zeggen in samenhang met reguliere zorg (R1, R2, R3, R5, R6, R7):

Ik denk dat e-health in eerste instantie wel primair blended gebruikt moet worden vanwege het simpele feit dat e-health nu nog te weinig doorontwikkeld is en je altijd de deskundigheid van een behandelaar nodig zult hebben (R6).

Daarnaast geven de experts aan dat de rol van e-health in het zorgproces voor iedereen anders is, afhankelijk van de manier waarop een patiënt met e-health om kan gaan. Hier is een belangrijke rol weggelegd voor het inschattingvermogen van de zorgverlener, die moet leren om te bepalen voor wie e-health wél, en voor wie e-health niet geschikt is:

Kijk als je een hypochonder bent moet je niet de hele dag op Google informatie gaan zoeken, dat is iets wat je als arts ook wel weet. Dan kun je zeggen van als jij een vraag hebt bel me maar, mail me maar en ga vooral niet op eigen houtje op Google zitten rondstruinen want dan kom je allemaal vreselijke verhalen tegen (R1).

### *8.3 Faciliterende factoren voor het gebruik van e-health*

In de literatuurreview kwam naar voren dat adolescenten met name gebruik maken van e-health vanwege de flexibiliteit en toegankelijkheid ervan, het gemak van de online communicatie, de mogelijkheid tot contact met lotgenoten en de mogelijkheid om anoniem te blijven. De experts benoemen als faciliterende factoren voor adolescenten de laagdrempeligheid van e-health, het verminderen van een stigma en de mogelijkheid tot het hebben van lotgenotencontact. Naast deze voordelen voor adolescenten noemden de experts ook dat e-health de snelheid en (financiële) efficiëntie van de zorg kan verbeteren (R1, R5).

#### *8.3.1 Laagdrempeligheid*

Net als de adolescenten uit de gebruikte onderzoeken, erkennen ook alle experts de toegevoegde waarde van e-health in het zorgproces (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7). Volgens de experts is het belangrijkste voordeel van e-health ten opzichte van reguliere zorg, dat het veel laagdrempeliger is

voor adolescenten (R1, R2, R3, R4, R6, R7). De experts denken dat het makkelijker is om eerst informatie in te winnen of online met iemand te praten, dan om direct een afspraak te maken bij een hulpverlener (R1, R3, R4). Daarnaast noemen de experts dat dit specifiek het geval is voor adolescenten omdat zij zijn opgegroeid met het internet en daarom vaak over de middelen en vaardigheden beschikken om op de juiste manier gebruik te maken van e-health (R3, R4, R6):

De meeste adolescenten staan er eigenlijk helemaal niet op te wachten om naar de jeugd ggz te gaan of om zelf hulp te vragen. Ze houden liever hun problemen voor zich en e-health is een manier om contact te zoeken met jongeren waarin ze wel hun problemen kunnen delen, zonder dat ze er echt over hoeven te spreken. En zeker als het (e-health) via hun mobiele telefoon aan te bieden is, is dat dé manier om jongeren te bereiken (R3).

### *8.3.2 Verminderen van stigma*

Het feit dat e-health laagdrempelig is voor adolescenten heeft volgens de experts met name te maken met het feit dat het gebruik van e-health het stigma wat rond psychische problemen hangt, reduceert (R2, R3, R5, R7). Een reden dat adolescenten het nog steeds moeilijk vinden om over hun psychische problemen te praten, is door het taboe wat hangt rond dit thema (R5). Adolescenten ervaren niet alleen een stigma door de angst om anders te worden gevonden door mensen in hun sociale omgeving, maar ook door zorgverleners in de behandelkamer kan stigmatisering plaatsvinden:

Als je als zestienjarige bij de psychiater komt en die gaat je allemaal vragen stellen over zelfdoding, dan heb je wel het idee van nou ik zit nu zeg maar in een bepaalde hoek en ik wil hier misschien helemaal niet zijn (R2).

Daarnaast kan e-health ook mogelijkheden bieden om het risico op een recall bias in de behandelkamer bij de psychiater terug te brengen. Een psychiater ziet een adolescent namelijk alleen in de behandelkamer en kan nooit zeker weten of een adolescent zich alles juist herinnert, terwijl e-health de mogelijkheid biedt de stemming van adolescenten *real-time* te monitoren (R2).

### *8.3.3 Lotgenotencontact*

Uit de literatuurreview kwam naar voren dat adolescenten social media en Youtube inzetten als vormen van e-health. Ondanks dat deze kanalen niet onder de conventionele vormen van e-health vallen, zouden zij wel als dusdanig gebruikt kunnen worden. Een belangrijke reden voor het gebruik van deze kanalen is dat het de adolescenten mogelijkheden biedt om contact te hebben met lotgenoten in de vorm van een soort community. De experts geven aan dit belang te herkennen (R1, R2, R3, R6,

R7). De experts benoemen dat het niet alleen een kwestie is van het daadwerkelijk hebben van contact, maar dat het ook bijdraagt aan het gevoel de enige te zijn met problemen:

Het voordeel als je met een ervaringsdeskundige praat (...), die mensen die weten wat je doormaakt en dat is natuurlijk sowieso al heel goed voor je eigen geestelijke gesteldheid dat je weet dat je niet de enige bent die met de vraag en de problemen worstelt (R2).

Respondent 7 beaamt dit. Zij stelt dat ze regelmatig van adolescenten krijgen te horen dat het fijn is om rolmodellen en peers te zien, zodat ze zich realiseren niet de enige te zijn met hun problemen: "Het kan best een gevoel van eenzaamheid opwekken als je het gevoel hebt dat je er met niemand over kan praten (R7)".

#### 8.4 Belemmerende factoren voor het gebruik van e-health

Naast de voordelen die de experts zien in het gebruik van e-health, noemen ze ook een aantal nadelen. Belemmerende factoren in het gebruik van e-health zijn volgens hen de beperkte betrouwbaarheid van informatie en de mogelijke nadelige effecten van lotgenotencontact onder adolescenten.

##### 8.4.1 Betrouwbaarheid informatie

De belangrijkste belemmerende factor heeft volgens de experts te maken met de betrouwbaarheid van e-health (R1, R2, R3, R4, R6). De experts geven aan dat dit niet alleen geldt voor informatie die op het internet is te vinden in de vorm van fora, maar tevens voor apps in de appstore (R3, R6). Eén expert geeft aan bezorgd te zijn over het vermogen van de adolescenten om te beoordelen wat betrouwbare bronnen zijn, en wat niet:

Niet om iedereen over één kam te scheren maar er is zoveel op het internet dat het soms ook wel lastig is om in te schatten van is het nou betrouwbaar en is het geschikt voor mij (...). Als student denk je daar helemaal niet aan. Je googelt het gewoon, je klikt het eerste aan en denkt nou ja dat zal het antwoord wel wezen (R4).

De experts hebben hun twijfels over de betrouwbaarheid van sommige e-health interventies omdat het volgens hen erg moeilijk is om een oordeel te vellen over interventies omdat universele kwaliteitscriteria ontbreken (R3, R5, R6). De experts geven aan dat meer onderzoek nodig is naar de werking van e-health: " Kijk medicijnen worden over het algemeen vrij goed onderzocht maar apps met een medisch karakter of in ieder geval met een hulp karakter, daar is nog weinig onderzoek naar gedaan (R6)". Volgens de experts is één van de grootste problemen dat veel van de e-health



interventies worden ontworpen door commerciële partijen die geen wetenschappelijke fundering hebben of waarbij het onduidelijk is of er een wetenschappelijke fundering aan ten grondslag ligt (R1,R2, R3, R6). Het probleem hierbij is dat commerciële partijen meer financiële middelen hebben e-health er mooi uit te laten zien, waardoor adolescenten die eerder zouden gebruiken:

Allerlei online apps die nu te vinden zijn, zijn helemaal niet wetenschappelijk getoetst; die zien er alleen maar mooi uit. En de meest wetenschappelijke getoetste online tools, als het projectgeld op is dan belanden ze in een hele mooie bureaula omdat er geen geld is om de doorontwikkeling te financieren (...). Om dan als wetenschapper te concurreren met de commerciële wereld van de ontwikkeling van allerlei niet wetenschappelijke apps, dat is bijna niet te doen (R3).

Volgens de experts zou een kwaliteitskeurmerk hier een oplossing voor zou kunnen zijn (R2, R3, R6). Een dergelijk keurmerk zou de adolescenten inzicht moeten bieden in of een interventie wetenschappelijk getest is, betrouwbaar is en of de privacy van de adolescent gewaarborgd is. Twee respondenten (R3, R6) benoemen dat het bij de beoordeling van de interventies naast een aantal objectieve kenmerken, ook belangrijk is om de mening van ervaringsdeskundige te betrekken in het oordeel:

Het is ongeveer hetzelfde als je een film beoordeeld op basis van: het geluid is niet te hard en niet te zacht, er is ondertiteling die leesbaar is, er is een inleiding; dat soort objectieve kenmerken. Maar uiteindelijk wil je gewoon weten of je naar die film moet of niet, meer subjectief (...). De objectieve beoordeling en de recensie samen die geven dan een idee van zou ik die app nou moeten gebruiken of niet (R6).

#### *8.4.2. Negatieve gevolgen lotgenotencontact*

Een andere factor die de experts als belemmerend zien, is het lotgenotencontact. Ondanks dat de experts erkennen dat dit contact voor de adolescenten belangrijk kan zijn, zien zij hier ook veel haken en ogen aan (R1, R2, R3, R4, R6). Dit heeft er vooral mee te maken dat lotgenotencontact vaak plaats vindt via de meer informele vormen van e-health, waardoor het moeilijk is om te controleren welke informatie de adolescenten met elkaar uitwisselen (R1, R6). Daarnaast zijn de experts bezorgd dat eventuele onjuiste informatie zou kunnen zorgen voor onwenselijk gedrag die de klachten van de adolescenten mogelijk zouden kunnen verergeren (R1, R6):

Het risico is dat ze in een valkuil komen en nieuws krijgen wat misschien niet klopt of dat ze aangezet worden tot gedrag wat je niet wil; bijvoorbeeld dat je in zo'n groepje terecht komt van wie heeft zich vandaag het meest beschadigd en dan ga je naar elkaar opbieden (...). En dan zie je ook wel dat als je in een verkeerde peersomgeving zit dat je elkaar op de verkeerde manier stimuleert. Dus het is wel echt van belang dat ook die peers ten goede trouw zijn en dat ze op de een of andere manier oprecht de intentie hebben om elkaar te helpen en niet om elkaar de afgrond in te helpen (R6).

Volgens de experts is het daarom wenselijk dat er bij lotgenotencontact tussen adolescenten, een zekere moderatie wordt toegepast zodat er altijd iemand is die kan ingrijpen wanneer verkeerde of provocerende informatie wordt gedeeld (R1, R2, R3, R6).

### 8.5 De e-health paradox in de institutionele context.

Uit de literatuurreview naar het e-health gebruik van adolescenten, kwam naar voren dat er een paradox bestaat in het gebruik; een aantal faciliterende factoren gaat gepaard met een negatief bijeffect. Ook de experts herkennen deze paradox en erkennen de moeilijkheden die het met zich meebrengt in de ontwikkeling van e-health. De experts noemen naast de faciliterende en belemmerende factoren op gebruikersniveau, ook een aantal belemmerende factoren op institutioneel niveau waarvan zij het belangrijk achten dat deze worden weggenomen alvorens de adolescenten op de juiste manier gebruik kunnen maken van e-health. De experts beamen dat e-health een meerwaarde kan vormen voor de zorg van adolescenten met psychische problemen, maar ze zien ook dat het gebruik van e-health achterblijft bij het aanbod ervan. Volgens de experts liggen hier drie, met elkaar samenhangende, oorzaken aan ten grondslag die van belang zijn bij het oplossen van de e-health paradox: de relatieve onbekendheid van e-health, onvoldoende afstemming van e-health op de beoogde doelgroep en de beperkte integratie van e-health in het bredere zorgproces.

#### 8.5.1 Relatieve onbekendheid van e-health

De eerste reden waarom e-health gebruik achterblijft bij het aanbod is de beperkte integratie van e-health in de bredere zorgcontext. Volgens de experts heeft dit vooral te met het feit dat e-health relatief jong is en dat er dus nog veel onbekend is over de werking ervan. Dit resulteert erin dat met name zorgverleners vaak een kritische houding hebben ten opzichte van e-health (R2, R3, R5, R7). Vooral bij de eerder besproken vormen van e-health die lotgenotencontact mogelijk maken, zorgt de onbekendheid voor twijfels bij zorgverleners:

Zorgverleners willen graag grip houden op wat doet de patiënt, wat leest hij, met wie praat hij (...). Het is wel goed dat we daar (met e-health) ervaringen mee op gaan doen, juist ook om die zorgverleners gerust te stellen zodat die dat ook zelf actief gaan aanbieden of aanbevelen. Want je ziet nu natuurlijk ook heel vaak omdat artsen iets niet aanbevelen bij patiënten, dat patiënten het niet gebruiken (R1).

Doordat e-health op deze manier relatief onbekend blijft bij zowel zorgverleners als patiënten, zou het goed zijn om e-health meer te promoten (R3, R4, R5, R7). Om dit succesvol te kunnen doen is het belangrijk om goed inzicht te hebben in de kanalen waarop de doelgroep bereikt kan worden. In tegenstelling tot het gebruik van social media als e-health interventie, achten de experts social media wel zeer geschikt als manier om e-health te promoten (R3, R5, R7):

Daar zitten ze allemaal op, op social media. Alleen de vraag is in hoeverre je via Facebook of LinkedIn echt zorg kunt gaan verlenen maar het is wel een kanaal wat wij gebruiken als communicatiekanaal, dus om jongeren te informeren dat onze modules er zijn (R5).

### *8.5.2 Onvoldoende afstemming op de doelgroep*

Om van meerwaarde te kunnen zijn in de hulpverlening van adolescenten is het volgens de experts van cruciaal belang dat e-health is afgestemd op de beoogde doelgroep, iets wat nu in de praktijk vaak nog blijkt te ontbreken. Een belangrijk aspect hierbij is de zogeheten 'look & feel' van de e-health interventie (R2, R3). Volgens respondent 2, werken e-health interventies beter wanneer ze er ook goed uit zien: " Er bestaan voorbeelden van interventies die super goed bedoeld zijn, inhoudelijk best wel sterk zijn maar qua design met geen mogelijkheid bij de doelgroep aansluiten (R2)". Daarnaast is het ook belangrijk dat e-health qua content en gebruikte kanalen aansluit bij de belevingswereld van adolescenten (R3, R4, R5, R7):

De huidige generatie gaat niet even zitten en op een e-health interventie kijken en dan denken van deze zeven tips ga ik even goed in mij opnemen. Het moeten filmpjes zijn of een Instagram story die je even snel kan kijken (R4).

Een manier om beter aan te kunnen sluiten op de doelgroep, zou kunnen zijn door adolescenten gedeeltelijk zelf de regie te geven over hoe e-health eruit zou moeten zien door ze bijvoorbeeld de mogelijkheid te geven om zelf de content, de kleuren enzovoorts te bepalen; " een beetje zoals een prikbord op je kamer (R2)". Een andere oplossing zou kunnen zijn om adolescenten te betrekken in het proces van het ontwerpen van e-health zodat het volledig is afgestemd op hun belevingswereld en de daarbij horende wensen (R3, R4, R5, R7).

Een manier waarop wordt geprobeerd om in te spelen op de belevingswereld van de adolescenten is door het gebruik van gamification in e-health interventies (R2, R3, R5, R7). De toepassing van gamification zorgt ervoor dat adolescenten op een speelse manier getriggerd blijven voor het gebruik van de interventie (R3). Een nadeel van het toepassen van gamification is dat adolescenten in hun dagelijks leven al veel gebruik maken van allerlei games die vaak door grote commerciële partijen worden gemaakt en door de enorme hoeveelheid beschikbaar geld er vaak mooier uitzien dan games met een medisch en wetenschappelijk karakter (R3). Omdat veel adolescenten bekend zijn met grote commerciële games zoals Fortknicht, vallen e-health interventies met een gamification karakter soms een beetje tegen (R2). Om het volledig potentieel van deze vorm van e-health te benutten is het belangrijk om op de juiste wijze over deze games te communiceren:

Je moet het eigenlijk vergelijken met één keer in de week met een psychiater in de behandelkamer zitten. Ja dan is het natuurlijk eigenlijk heel vet, het zit hem erin hoe het geframed wordt naar jongeren (R2).

### *8.5.3 Beperkte integratie van e-health in het de bredere zorgproces*

Uit de interviews met de experts blijkt dat e-health nog niet altijd even goed geïntegreerd is in het bredere zorgproces. De oorzaak hiervan ligt bij diverse partijen. Zoals eerder genoemd in dit hoofdstuk, is de bekendheid van e-health relatief laag en staan zorgverleners er niet altijd voor open om met e-health aan de slag te gaan (R2, R3, R5, R7). Een mogelijke oorzaak hiervan is dat e-health vrijwel niet is ingebed in medische opleidingen (R1, R6). Respondent zes geeft aan dat dit wel belangrijk is omdat het gebruik van e-health wel degelijk een andere manier van behandelen vereist (R6).

Naast de zorgverleners is er ook een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars die van groot belang zijn in de financiering van het gebruik van e-health. Doordat er geen gestandaardiseerde regels zijn voor e-health, hebben alle zorgverzekeraars hun eigen beleid waardoor zorgverleners continu aan verschillende eisen moeten voldoen (R5). Daarnaast is het, zoals eerder besproken in dit hoofdstuk, in Nederland onmogelijk om anonieme zorg te declareren, wat het vrijwel onmogelijk maakt om e-health in de preventiefase te financieren (R6). Dit zorgt ervoor veel e-health interventies in de preventieve fase afhankelijk zijn van subsidiegelden, die geen structurele bron van financiering zijn (R7). Er lijken dus onvoldoende regels te bestaan omtrent de rol die zorgverzekeraars spelen. Daarnaast is er vanuit de zorgverzekering vaak alleen een vergoeding beschikbaar voor het daadwerkelijke gebruik van e-health en niet voor de implementatie ervan, wat de aanschaf van e-health interventies voor veel zorgverleners onaantrekkelijk maakt (R5). Toch waarschuwt één expert ook voor het 'dichttimmeren' van de regels rondom e-health:

Als je zegt dat e-health gaat over digitaal patientendossier, de mogelijkheid om zelf te meten, telemonitoring en beeldbellen, dan zie je dat je steeds wordt ingehaald door de ontwikkelingen. Nu (met Covid-19) wordt er heel veel gebruik gemaakt van beeldbellen maar daarvoor ging het een beetje zo zo (R1).

Ten slotte zou de praktijk van e-health gebaat zijn bij een betere samenwerking tussen wetenschappers en commerciële partijen en tussen wetenschappers onderling. Zoals eerder besproken bestaat er een discrepantie tussen kennis en financiële middelen die ervoor zorgt dat commerciële partijen in staat zijn aantrekkelijkere e-health interventies af te leveren, welke vaak niet wetenschappelijk onderzocht zijn. Daarentegen bieden wetenschappelijke partijen vaak wel betrouwbare interventies aan, maar zijn er onvoldoende financiële middelen om deze interventies de 'look & feel' te geven die aansluiten bij de adolescenten en om deze e-health interventies te promoten:

Er wordt zeg maar een e-health tool ontwikkeld zonder dat het werkingsmechanisme wordt getoetst en wat er nu speelt is dat de meeste prachtige tools online te vinden zijn, die zien er prachtig uit. En de meer wetenschappelijke getoetste online tools, die zien er weer heel suf uit omdat daar niet de commerciële partijen zitten die investeringen doen om het er mooi uit te laten zien. Dus er is nog heel veel werk te doen om die twee werelden bij elkaar te brengen (R3).

## 8.6 Synthese

In vergelijking met de adolescenten uit de literatuurreview hebben de experts een visie op e-health die meer aansluit bij de manier waarop e-health wordt gedefinieerd in de literatuur. Waar adolescenten bij e-health met name dachten aan vormen van online informal health, scharen de experts onder e-health de meer formele toepassingen van e-health. Daarnaast focussen de experts zich in het kwalificeren van e-health met name op het doel en de rol van e-health binnen het zorgproces, zoals beschreven door Sorbi & Riper (2009). Met name in de preventieve fase, waarin het voorkomen en verminderen van psychische problemen centraal staat, zou e-health volgens de experts van toegevoegde waarde kunnen zijn voor adolescenten. Wat betreft de rol die e-health kan hebben in het zorgproces, zijn de experts het meest overtuigd van blended care, waarbij e-health het beste gecombineerd kan worden met contact met een zorgverlener (Ebert et al., 2018). Dit sluit tevens aan bij onderzoeken naar het effect van e-health, waarbij patiënten meer vooruitgang boekten, tevredener waren over het behandelproces en minder uitval vertoonden wanneer e-health interventies gecombineerd werden met aanvullende hulp (Baumeister et al., 2014; Kleiboer et al. 2015).

De experts noemen drie factoren waarvan zij denken dat deze faciliterend zijn in het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen. Allereerst zien de experts de laagdrempeligheid

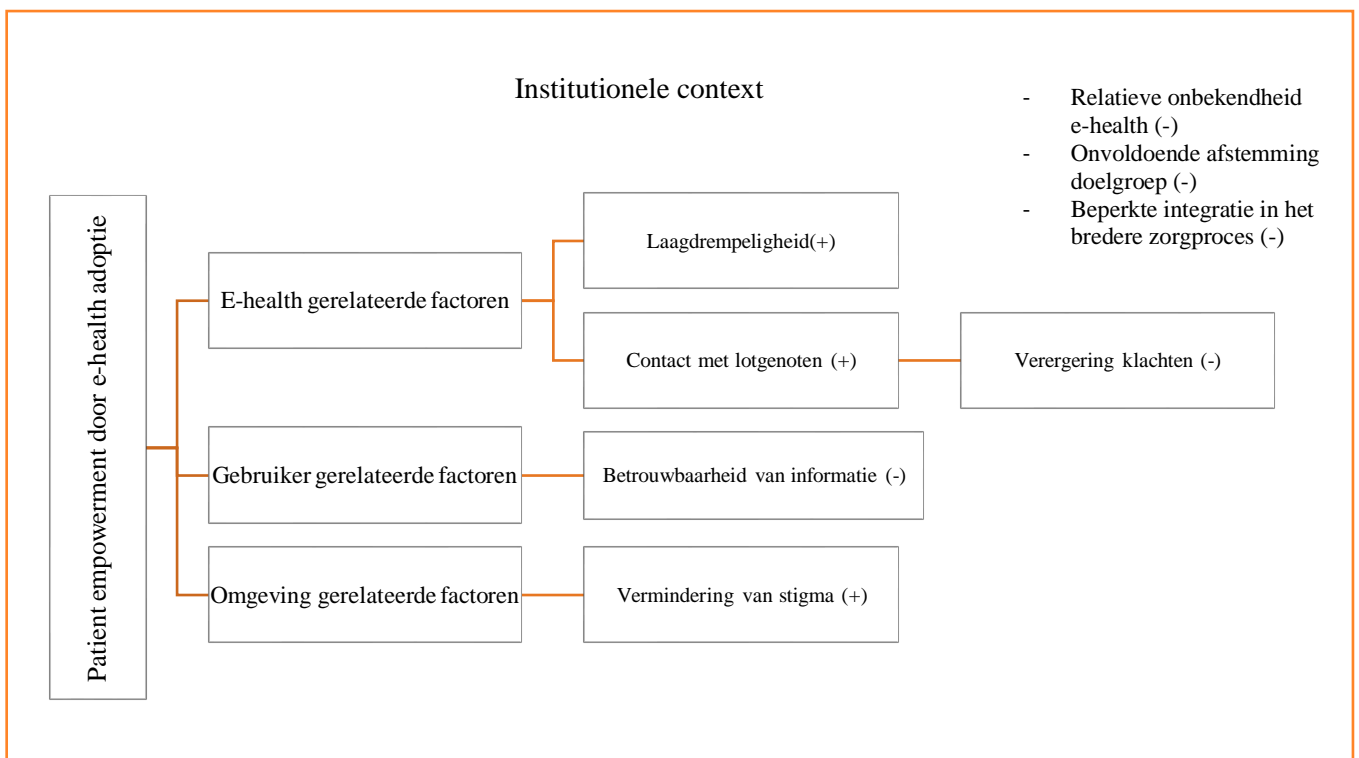
van e-health als een faciliterende factor. De laagdrempeligheid zoals beschreven door de experts, komt overeen met een combinatie van de flexibiliteit en toegankelijkheid, en het gemak van online communicatie zoals naar voren kwam bij de adolescenten. Doordat de laagdrempeligheid een facilitator is voor het gebruik van e-health ten opzichte van reguliere hulpverlening, kan dit worden gezien als een e-health gerelateerde factor. De meerwaarde van e-health kan in dezen gezien worden als zowel een vorm van waargenomen nut als waargenomen gebruikersgemak, zoals beschreven door Venkatesh et al. (2012). De tweede faciliterende factor is volgens de experts de vermindering van een stigma bij online hulpverlening. Dit komt overeen met de motivatie van adolescenten om anoniem te willen blijven. Net als in de literatuurreview wordt ook door de experts erkend dat de omgeving van invloed is op de manieren waarop je hulp zoekt. De vermindering van een stigma is dus een voorbeeld van een faciliterende omgeving-gerelateerde factor (Zarrinkhameh, 2015). De derde en laatste faciliterende factor die de experts noemden in het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen is de mogelijkheid tot lotgenotencontact. De experts erkennen de meerwaarde van contact met mensen die hetzelfde doormaken. Zoals eerder beschreven is het lotgenotencontact een faciliterende e-health gerelateerde factor in de vorm van waargenomen nut omdat het de adolescenten in staat stelt om via e-health contact te leggen met lotgenoten, waardoor zij elkaar kunnen helpen (Venkatesh et al., 2012).

Naast de drie faciliterende factoren noemen de experts ook twee belemmerende factoren. Net als de adolescenten maken de experts zich zorgen over de betrouwbaarheid van de informatie in sommige e-health interventies. Met name op het internet en in apps in de appstore zijn dikwijls vormen van e-health te vinden die niet, of onvoldoende zijn getest. Het feit dat er weinig tot geen eisen zijn voor de ontwikkeling van e-health, maakt het moeilijk voor de adolescenten om te beoordelen of zij bepaalde e-health interventies veilig kunnen gebruiken. Het onvermogen van de adolescenten om de kwaliteit van e-health te beoordelen, is een voorbeeld van belemmerende gebruiker gerelateerde factor. Net als in de literatuurreview naar voren kwam, denken ook de experts dat de adolescenten niet voldoende beschikken over kritische gezondheidsvaardigheden zoals beschreven door Zarrinkhameh (2015). De tweede belemmerende factor is volgens de experts de mogelijkheid tot negatieve gevolgen van het lotgenotencontact. De verergering van klachten door lotgenotencontact kwam ook in de literatuurreview al naar voren, zijnde als negatief bijeffect van lotgenotencontact. De mogelijke verergering van klachten door lotgenotencontact is een e-health gerelateerde belemmerende factor (Venkatesh et al., 2012) die zich voordoet als gevolg van de faciliterende factor lotgenotencontact.

Ook de experts zijn van mening dat e-health kan bijdragen aan het patient empowerment van adolescenten met psychische problemen. Zij noemen in dit proces drie faciliterende en twee belemmerende factoren. Echter stellen de experts dat ook in de institutionele context een aantal factoren bestaan die van negatieve invloed zijn op het patient empowerment van de adolescenten. Ten eerste is e-health nog relatief onbekend waardoor het gebruik ervan niet altijd wordt aangemoedigd door zorgverleners. Sal & Adir (2014) beschreven al eerder dat dit een probleem kan vormen voor het gebruik

van e-health omdat veel patiënten niet bekend zijn met de mogelijkheden van e-health en het daarom niet gebruiken. Daarnaast blijkt e-health in de praktijk niet altijd even goed op de doelgroep afgestemd te zijn. Deze afstemming is niet alleen belangrijk wat betreft content, maar zeker ook wat betreft de uitstraling van de e-health interventie. Ten slotte benoemen de experts dat e-health nog maar beperkt is geïntegreerd in het bredere zorgproces, waardoor samenwerking tussen betrokken stakeholders dikwijls nog ontbreekt. Deze beperkte integratie kan zorgen voor een versterking van de negatieve bijeffecten en belemmerende factoren in het gebruik van e-health. De risico's die zich voordoen bij het gebruik van e-health in de psychische gezondheidszorg zijn namelijk dikwijls het gevolg van een slechte implementatie waardoor een keerzijde van de potentiële voordelen ontstaat (Gemert-Peijnen et al., 2018).

In figuur 11 is een schematische weergave te zien van de faciliterende en belemmerende factoren verkregen uit de expertinterviews. Daarnaast is tevens te zien dat patient empowerment niet alleen wordt gevormd door het e-health gebruik van de adolescenten zelf, maar tevens door factoren binnen de kaders van de institutionele context.



Figuur 11. Schematische weergave van de faciliterende en belemmerende factoren die van invloed zijn op het patient empowerment door e-health adoptie bij adolescenten, verkregen uit de expertinterviews.

## 9. Conclusie

De vraag die centraal stond in dit onderzoek is:

*"Hoe kan e-health bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen?"*

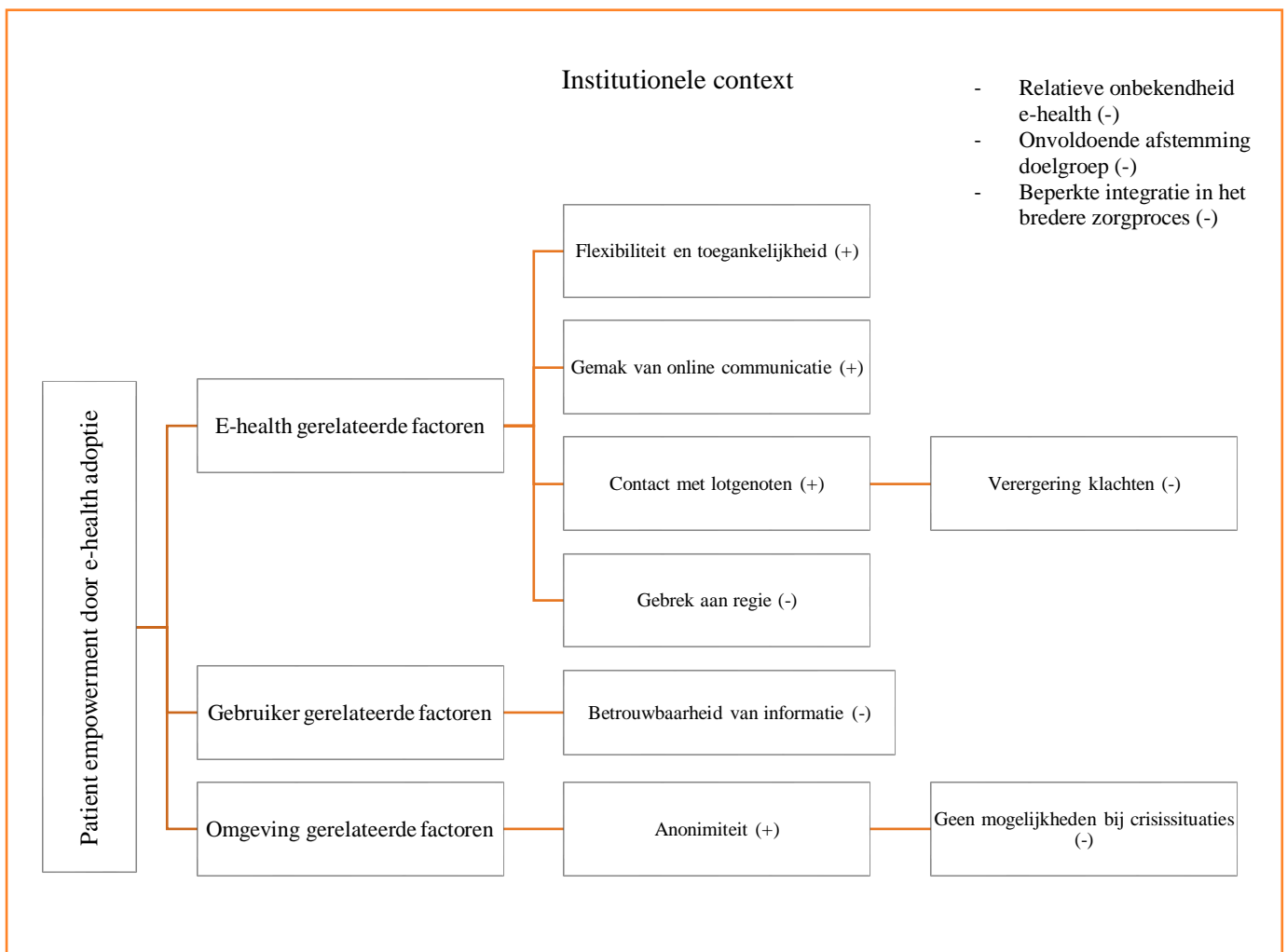
Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het van belang eerst een duidelijke afbakening te hebben van het begrip e-health doormiddel van een definitie. De eerste deelvraag van dit onderzoek luidde daarom: *"Hoe wordt e-health gedefinieerd in de literatuur?"* Uit de literatuurverkenning is gebleken dat er zowel in de wetenschappelijke literatuur, als binnen uitvoeringsinstanties weinig consistentie bestaat over de definitie van e-health. Er valt onderscheid te maken tussen definities waarbij de nadruk ligt op de technologie, definities waarbij de nadruk ligt op de verbetering van de gezondheidszorg doormiddel van technologie en ten slotte tussen definities waarbij naast de verbetering van de gezondheidszorg ook aandacht wordt besteed aan de verandering die e-health meebrengt voor de bredere context van de gezondheidszorg. Een definitie van e-health moet dynamisch genoeg zijn om te passen bij de snelle ontwikkelingen die plaats vinden. Op basis daarvan is in dit onderzoek de definitie van de Europese Commissie gehandhaafd, zoals beschreven in paragraaf 3.1. Deze definitie omvat een duidelijke relatie tussen de inzet en het doel van de technologie, alle relevante fasen in het zorgproces als wel alle betrokken partijen. Vervolgens is gekeken naar de tweede deelvraag: *"Hoe wordt e-health volgens de literatuur toegepast in de (psychische) gezondheidszorg?"* Uit het tweede deel van de literatuurverkenning kwam naar voren dat er verschillende manieren zijn waarop de toepassing van e-health kan worden onderscheiden. De meest voorkomende manieren zijn op basis van het doel, of de rol die e-health speelt in het zorgproces. Wanneer gekeken wordt naar de toepassing van e-health op basis van het doel in het zorgproces kan onderscheid worden gemaakt tussen e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health. Wanneer de focus ligt op de rol die e-health speelt in het zorgproces worden er drie toepassingsvormen onderscheiden: e-health als losse interventie, als vorm van blended care of als onderdeel van een stepped-care benadering. In de literatuurverkenning kwam verder naar voren dat ongeacht het doel of de rol van e-health, het een bijdrage kan leveren aan het patient empowerment van de gebruiker. Dit patient empowerment wordt beïnvloedt door een drietal categorieën factoren: e-health gerelateerde factoren, gebruiker gerelateerde factoren en omgeving gerelateerde factoren. Deze categorieën factoren zijn leidend in de beantwoording van de derde deelvraag: *"Welke faciliterende en/of belemmerende factoren spelen volgens de literatuur een rol bij het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen?"* Uit de literatuurreview kwam naar voren dat er twee redenen zijn waarom adolescenten gebruik maken van e-health: enerzijds om informatie voor zichzelf of anderen op te zoeken, anderzijds om contact met lotgenoten te leggen. De vormen van e-health die de



adolescenten hiervoor aanwendden zijn met name vormen van online informal health, zoals fora. In de literatuurreview werden tevens vier faciliterende factoren en twee belemmerende factoren gevonden voor het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen. Als faciliterende factoren kwamen de mogelijkheid om anoniem te blijven, de mogelijkheid tot contact met lotgenoten, de flexibiliteit en toegankelijkheid van e-health en het gemak van online communicatie naar voren. De twee belemmerende factoren waren het feit dat de adolescenten geen regie hadden over de informatie die ze delen in e-health interventie en dat ze twijfelden aan de betrouwbaarheid van informatie in e-health interventies. Naast deze faciliterende en belemmerende factoren kon uit de literatuurreview ook een paradox in het e-health gebruik van adolescenten worden opgemaakt. Deze paradox bestaat uit het feit dat factoren die door adolescenten als faciliterend worden ervaren, niet altijd een gunstige uitwerking hoeven te hebben in de praktijk omdat zij dikwijls een negatief bijeffect kennen. Om meer inzicht te krijgen in de faciliterende en belemmerende factoren en in de paradox is gebruik gemaakt van een zevental expertinterviews om de vierde deelvraag te beantwoorden, welke luidde: "*Welke visie hebben experts op e-health, e-health interventies en het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen?*" Uit de expertinterviews kwam naar voren dat experts het potentieel van e-health voor adolescenten met psychische problemen erkennen. Vooral in de preventieve fase denken de experts dat e-health een bijdrage kan leveren. Echter zijn de experts wel van mening dat de beste resultaten van e-health bereikt worden wanneer het blended wordt toegepast. De experts noemden net als de adolescenten de laagdrempeligheid en flexibiliteit van e-health, de vermindering van een mogelijk stigma en de mogelijkheid tot contact met lotgenoten als faciliterende factoren van het gebruik van e-health. Uit de expertinterviews kwam verder naar voren dat de experts belemmeringen zien wat betreft de betrouwbaarheid van informatie en de mogelijke verergering van klachten door lotgenotencontact. Ten slotte noemden de experts dat de verklaring voor het bestaan van de paradox in het e-health gebruik van adolescenten met psychische problemen, ligt in de institutionele context. De relatieve onbekendheid, de beperkte afstemming op de doelgroep en de onvolledige integratie in het bredere zorgproces hinderen het potentieel wat e-health heeft voor adolescenten met psychische problemen.

Na het beantwoorden van de deelvragen, kan nu de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord worden: "*Hoe kan e-health bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen?*" Uit de literatuurverkenning, literatuurreview en expertinterviews is duidelijk geworden dat, vooral in de preventieve fase van de hulpverlening en wanneer e-health wordt aangeboden als een vorm van blended care, het een grote bijdrage kan leveren aan de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat e-health op vier manieren bijdraagt aan de toegankelijkheid van de zorg. Ten eerste is e-health flexibel en toegankelijk en kan het op elk gewenst moment gebruikt worden door adolescenten. Ten tweede blijkt dat adolescenten over een goede online emotional literacy beschikken, waardoor zij makkelijker online kunnen communiceren. Ten derde biedt e-health adolescenten de mogelijkheid tot contact met

lotgenoten, waardoor adolescenten zich minder eenzaam voelen met betrekking tot hun problematiek en waardoor zij de mogelijkheid hebben om ervaringen met elkaar te delen. Ten slotte wijzen de resultaten uit dat de waarborging van anonimiteit een grote bijdrage levert aan de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen. De resultaten van dit onderzoek onderstrepen nogmaals de bijdrage die e-health kan leveren in het meer toegankelijk maken van de zorg. Toch kan op basis van dit onderzoek ook worden geconcludeerd dat het potentieel van e-health nog niet volledig wordt benut. Naast faciliterende factoren, zijn er ook belemmerende factoren die de toegankelijkheid van de zorg in de weg staan door risico's die zij met zich meebrengen in het gebruik van e-health. In figuur 12 is te zien hoe deze factoren, uit de literatuurreview en de expertinterviews, zich tot elkaar verhouden.



Figuur 12. Schematische weergave van het patient empowerment bij adolescenten met psychische problemen op basis van de literatuurreview en de expertinterviews.

## 10. Discussie

### 10.1 Reflectie op resultaten

In deze paragraaf zal worden gekeken hoe enkele bevindingen van dit onderzoek zich verhouden tot de literatuur en welke mogelijke verklaringen de literatuur biedt voor deze bevindingen.

Uit dit is onderzoek gebleken dat adolescenten een bredere definitie hebben van het begrip e-health dan de experts. In de literatuurreview kwam naar voren dat adolescenten dikwijls vormen van social media inzetten als zijnde e-health. De experts in de expertinterviews erkenden deze vorm van e-health niet altijd. Dit verschil tussen de literatuurreview enerzijds en de expertinterviews anderzijds, zou verklaart kunnen worden door het gebruik van de zoekterm *online help seeking* die in de literatuurreview is gebruikt als aanvulling op de termen *e-health* en *eHealth*. Het gebruik van deze zoekterm zou ervoor kunnen hebben gezorgd dat de scope van de literatuurreview groter is dan de afbakening van e-health door de experts. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat dit resultaat een ontwikkeling in het gebruik van e-health door adolescenten weergeeft. De adolescenten van nu zijn opgegroeid met internet en sociale media en zien daardoor wellicht voordelen in het gebruik hiervan met betrekking tot hun psychische gezondheid. De adolescenten in de review en de experts in de interviews geven in elk geval beiden een andere invulling aan de rol en het doel van e-health in het zorgproces. Veel onderzoeken in de literatuurreview richtten zich op de preventieve fase van het hulpproces. In deze fase hebben de adolescenten vaak (nog) geen reguliere hulp waardoor e-health automatisch de functie krijgt van e-public health en wordt toegepast als losse interventie (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012; Ebert et al., 2018). Dit is in tegenstelling tot de experts die juist denken in termen van wetenschappelijke, voorgeschreven vormen van e-health in de vorm van e-public health of e-zorg toegepast als onderdeel van blended care (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012; Ebert et al., 2018). Het feit dat de adolescenten in de review en de experts in de interviews zich primair op een ander doel en andere rol van e-health in het zorgproces richtten, levert hierdoor een tweede mogelijke verklaring voor de verschillende invulling die beide partijen aan het begrip e-health geven.

Ook is het opvallend dat zowel adolescenten als experts, onder wie ontwikkelaars van e-health, de betrouwbaarheid van e-health als een belemmerende factor in het gebruik ervan zien. De betrouwbaarheid van e-health is een noodzakelijke voorwaarde voor het gebruik door patiënten, maar ook voor het aanbevelen ervan door zorgverleners (Sal & Adir, 2014). De adolescenten in de review geven aan dat zij de betrouwbaarheid van e-health proberen af te lezen aan de hand van logo's van gezondheidsorganisaties, overheidsinstanties of aan de hand van een wetenschappelijk keurmerk. In de expertinterviews komt echter naar voren dat dit keurmerk nog ontbreekt, waardoor adolescenten per definitie niet in staat kunnen zijn om op juiste gronden een besluit te nemen over de betrouwbaarheid van een e-health interventie. In de literatuur wordt het ontbreken van universele kwaliteitscriteria

genoemd als voornaamste reden voor een slechte implementatie van e-health (Sal & Adir, 2014). Ten gevolge van slechte implementatie kunnen allerlei risico's ontstaan, waardoor een keerzijde ontstaat van potentiële voordelen van e-health (Gemert-Pijnen et al., 2018). Op basis van deze bevinding zou het verhogen van de betrouwbaarheid van e-health, bijvoorbeeld door een universeel kwaliteitskeurmerk, kunnen zorgen voor het laten verdwijnen van de negatieve bijeffecten en de daarmee samengaande paradox zoals beschreven naar aanleiding van de literatuurreview.

Daarnaast wordt er in de literatuur weinig aandacht besteed aan factoren uit de institutionele context die van invloed zijn op het patient empowerment door e-health. In dit onderzoek werd het belang van deze factoren aangestipt door experts naar aanleiding van het voorleggen van de paradox uit de literatuurreview. In de literatuur over patient empowerment worden met name factoren genoemd die betrekking hebben op het daadwerkelijke gebruik van e-health door een patiënt (Ramtohul, 2015; Venkatesh et al., 2012; Zarrinkhameh, 2015). De empirie van de expertinterviews toont echter aan dat dit gebruik zich afspeelt binnen de kaders die worden gesteld door de institutionele context. Een mogelijke verklaring voor het naar voren komen van deze factoren in dit onderzoek, is door de triangulatie die heeft plaatsgevonden binnen dit onderzoek door het gebruik van zowel een literatuurreview als expertinterviews. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de institutionele context verschilt per land of soms zelfs per regio, wat het voor onderzoekers bemoeilijkt om deze factoren mee te nemen in onderzoeken naar de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten met psychische problemen.

## 10.2 Bijdrage aan wetenschap en praktijk

Dit onderzoek heeft diverse implicaties opgeleverd voor zowel wetenschap als praktijk. In deze paragraaf zal besproken worden welke bijdragen dit onderzoek heeft geleverd aan de wetenschap en praktijk.

### 10.2.1 Bijdrage aan de wetenschap

Dit onderzoek heeft op meerdere wijzen een waardevolle bijdrage geleverd aan de wetenschappelijke literatuur. Allereerst heeft dit onderzoek een overzicht geboden van diverse e-health definities en betoogd waarom de definitie van de Europese Commissie (2012) het meest passend is bij de huidige context van e-health interventies. De laatste uitgebreide definitievergelijking van het begrip e-health dateerde uit 2006 en al langere tijd bestond er in de wetenschap de roep om een nieuwe universele definitie die aansluit bij de huidige context (Boogerd et al., 2015). Dit onderzoek biedt deze vergelijking en zet tevens wetenschappelijke en praktijkdefinities tegen elkaar af waardoor er een zo compleet mogelijk beeld van het e-health is ontstaan.

Een tweede manier waarop dit onderzoek een bijdrage heeft geleverd aan de wetenschappelijke literatuur, is door een overzicht te bieden van faciliterende en belemmerende factoren die een rol spelen bij het gebruik van e-health door adolescenten met psychische problemen. Dit is een inzicht wat voorheen ontbrak in de literatuur maar wel cruciaal is voor het ontwikkelen van e-health interventies die aansluiten bij de beoogde doelgroep (Best et al., 2016; Pretorius, Chambers & Coyle, 2019). Door inzicht te verkrijgen in de manier waarop adolescenten gebruik maken van e-health kunnen interventies worden ontwikkeld die aansluiten bij de wensen en behoeften van deze doelgroep, wat een noodzakelijke voorwaarde is voor de bijdrage aan het patient empowerment van de adolescenten.

Ten derde biedt de methodiek van dit onderzoek nieuwe inzichten in hoe het e-health gebruik van adolescenten zich verhoudt tot de bredere context waarin zij zich bevinden. Deze inzichten zijn verkregen doordat dit onderzoek voor het eerst een combinatie biedt van de onderzoeksmethoden van een literatuurreview en expertinterviews, wat nog niet eerder is gedaan in het onderzoek naar e-health gebruik bij adolescenten met psychische problemen. Deze methodiek laat zien dat de oorsprong van veel faciliterende en belemmerende factoren ligt in de bredere institutionele context en dat oplossingen voor het verbeteren van het patient empowerment van adolescenten niet alleen bij henzelf moet worden gezocht, maar ook in deze bredere institutionele context.

### *10.2.2 Bijdrage aan praktijk*

De inzichten die naar voren komen in dit onderzoek kunnen tevens van waardevolle bijdrage zijn aan de praktijk van de zorg voor adolescenten met psychische problemen. Op dit moment krijgen niet alle adolescenten met psychische problemen de hulp die zij nodig hebben, onder andere door schaamte om hulp te zoeken en door lange wachtlijsten. Dit onderzoek biedt inzichten en aanbevelingen voor de verbetering van de toegankelijkheid van de zorg voor adolescenten, zorgverleners en e-health ontwikkelaars. Allereerst is het op basis van inzichten uit dit onderzoek, voor adolescenten belangrijk om zich bewust te zijn van de e-health paradox. Adolescenten zouden zich manieren eigen moeten maken om de kwaliteit van informatie in e-health interventies te kunnen beoordelen, waardoor zij zelf onderscheid kunnen maken tussen welke informatie betrouwbaar is en welke niet. Ook voor zorgverleners is het belangrijk om zich verder te verdiepen in de verschillende e-health interventies en praktijkervaring op te doen hiermee omdat de houding van de zorgverlener vaak bepalend is voor het gebruik van een interventie (Zarrinkhameh, 2015; Ramtohul, 2015). Ten slotte biedt dit onderzoek ook inzichten voor de ontwikkelaars van e-health. Dit onderzoek heeft laten zien op welke manieren adolescenten gebruik maken van e-health interventies. Dit kan van waarde zijn in een poging om de ontwikkeling van nieuwe interventies hierbij aan te laten sluiten. Daarnaast biedt dit onderzoek aanknopingspunten voor het stakeholdermanagement van e-health ontwikkelaars. De expertinterviews hebben inzichtelijk gemaakt hoe e-health ontwikkelaars zich verhouden tot andere partijen in de

institutionele context van e-health ontwikkeling en onderstrepen de noodzaak van een betere samenwerking met stakeholders binnen deze context.

### 10.3 Reflectie op onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek

Naast de bijdragen die dit onderzoek levert aan wetenschap en praktijk, kent dit onderzoek ook een aantal beperkingen van waaruit suggesties voor vervolgonderzoek geformuleerd kunnen worden.

Allereerst is dit onderzoek slechts door één onderzoeker uitgevoerd. Normaliter wordt het proces van een systematische literatuurreview altijd door twee onderzoekers uitgevoerd die een synchroon proces doorlopen. Op deze manier kunnen de zoekresultaten op basis van de vastgestelde inclusie- en exclusiecriteria door twee onderzoekers worden bekeken, wat ervoor zorgt dat de *recall* van het onderzoek wordt verhoogd (Weber, 2011). Ook in de fase van het coderen wordt normaliter door de onderzoekers apart van elkaar gecodeerd om vervolgens de resultaten hiervan met elkaar te vergelijken (Bryman, 2012). Binnen de scope en het beschikbare tijdsframe van dit onderzoek was het niet mogelijk om het onderzoek met twee onderzoekers uit te voeren. Ondanks de triangulatie die heeft plaatsgevonden door de expertinterviews, zou het zo kunnen zijn dat de resultaten van het onderzoek beïnvloedt zijn door de interpretaties van de onderzoeker. In samenhang met het vorige punt kan het zo zijn dat de gekozen zoektermen en inclusie- en exclusiecriteria voor de literatuurreview er onbedoeld voor hebben gezorgd dat relevante onderzoeken niet in de zoekresultaten zijn verschenen. Ondanks dat de zoektermen weloverwogen zijn gekozen, zijn er wellicht meer onderzoeken die goed hadden aangesloten bij de onderzoeksvraag maar die nu niet in de review zijn opgenomen. Op basis van deze beperkingen kan worden aangeraden om bij een vervolgonderzoek meerdere onderzoekers te betrekken in de fase van de literatuurreview. Door het zoekproces door twee onafhankelijke onderzoekers te laten plaatsvinden zal er meer consistentie bestaan over de resultaten van de zoekopdracht voor de literatuurreview. Dit beperkt tevens de kans dat de interpretatie van de resultaten beperkt wordt door de visie van één onderzoeker.

Daarnaast brachten de heterogeniteit van de onderzoeksmethoden en steekproeven in de literatuurreview, enkele moeilijkheden mee in het interpreteren van onderzoeksresultaten. Doordat er binnen de zeventien onderzoeken verschillende methoden en steekproeven zijn gehanteerd, was het soms lastig om de resultaten van de individuele onderzoeken één op één met elkaar te vergelijken. Daarentegen was de populatie van de gebruikte steekproeven in de onderzoeken juist vrij homogeen, waardoor de steekproef beperkt was in termen van diversiteit. Het belangrijkste voorbeeld hierbij was dat in vrijwel alle steekproeven binnen de onderzoeken uit de literatuurreview, de meisjes in de meerderheid waren. Dit kan gevolgen hebben voor de generaliseerbaarheid van de resultaten, omdat eerdere onderzoeken reeds hebben aangetoond dat jongens minder geneigd zijn tot het zoeken van hulp

dan meisjes (Mar et al., 2014). Een andere groep die was oververtegenwoordigd binnen de onderzoeken, zijn de universitaire studenten. Er waren vier onderzoeken die zich specifiek richtten op universitaire studenten. Deze onderzoeken hebben een cumulatief respondentenaantal van  $n=3535$ , wat meer dan de helft van het totaal aantal respondenten bedraagt. Ook het grote aantal universiteitsstudenten kan de generaliseerbaarheid van de resultaten negatief beïnvloeden. Er bestaat de kans dat universiteitsstudenten sneller gebruik zullen maken van e-health als informatiebron, omdat zij vanwege hun opleidingsniveau over meer kennis en middelen bezitten om dit te doen (Horgan & Sweeney, 2010). Daarnaast heeft eerder onderzoek tevens uitgewezen dat adolescenten met een hogere opleiding, eerder geneigd zijn om hulp te zoeken (Mar et al., 2014). Ook in expertinterviews was de meerderheid van de respondenten vrouw. Om zoveel mogelijk diversiteit aan te brengen in de groep respondenten is ervoor gekozen om respondenten met verschillende expertises te benaderen. Door de vrouwelijke meerderheid onder de experts en de verschillende expertises, is het ook bij de expertinterviews lastig om de onderzoeksresultaten te generaliseren en moet bij het interpreteren van de resultaten rekening hiermee worden gehouden. In toekomstige onderzoeken die zich richten op e-health gebruik bij adolescenten, zou het goed zijn om gebruik te maken van een heterogene steekproef waarbij er met name rekening moet worden gehouden met diversiteit in termen van geslacht en opleidingsniveau. In veel van de huidige onderzoeken bestaat het merendeel van de steekproef vaak uit vrouwen en hoogopgeleiden, welke geen representatieve afspiegeling zijn van de gehele groep adolescenten. Daarnaast zou het voor toekomstige onderzoeken interessant zijn om een longitudinale onderzoeksmethode toe te passen. Veel onderzoeken zijn nu dikwijls gericht op ofwel effecten van e-health interventies of op gebruikservaringen. Deze twee onderzoeksmethoden zijn zeer gevoelig voor een recall bias. Om te kijken óf en hoe de attitude van adolescenten veranderd naar gelang zij langer gebruik van e-health, zou een longitudinale benadering interessant zijn.

#### 10.4 Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek kunnen een aantal praktijkbevelingen worden gegeven voor de ontwikkeling van e-health voor adolescenten met psychische problemen, om de zorg op de lange termijn voor hen toegankelijk te houden.

Ten eerste hebben veel van de belemmerende factoren betrekking op het feit dat e-health nog relatief jong is en weinig wordt toegepast, waardoor de werkzaamheid van e-health niet altijd bewezen is. Eerder is al genoemd dat betrouwbaarheid van e-health zeer belangrijk is en daarom moet er een manier worden gevonden om het onderscheid te maken tussen betrouwbare interventies enerzijds en onbetrouwbare interventies anderzijds. Het zou daarom goed zijn om adolescenten voor te lichten over het gebruik van e-health en over de mogelijke gevaren van e-health interventies wanneer deze niet betrouwbaar zijn. Een manier om dit te doen zou een keurmerk voor e-health interventies kunnen zijn, welke aangeeft of een interventie wetenschappelijke getest is. Dit keurmerk zou er niet alleen voor kunnen zorgen dat

adolescenten zelf inzicht hebben in de betrouwbaarheid van een interventie, maar het zou er tevens voor kunnen zorgen dat zorgverleners vaker gaan werken met e-health. Nu zijn zorgverleners vaak nog voorzichtig met het gebruik van e-health omdat zij de werkzaamheid ervan in twijfel trekken. Een keurmerk alleen is echter onvoldoende, zolang de betrokken partijen rondom e-health niet de handen ineen slaan. Op dit moment werken veel partijen los van elkaar aan het verbeteren van de zorg voor adolescenten met psychische problemen. Echter geven deze partijen aan dat ontwikkelingen binnen e-health gebaat zouden zijn bij een betere samenwerking, met als gevolg dat de kwaliteit van e-health voor adolescenten met psychische problemen verbetert.

Om adolescenten te bereiken is het tevens belangrijk om e-health op de doelgroep af te stemmen, waarbij niet alleen de inhoud dient aan te sluiten maar zeker ook de 'look & feel'. Een bevinding uit dit onderzoek die daarbij in ogenschouw moet worden genomen, zijn de verschillende benaderingen van e-health die adolescenten en experts hanteren. Uit de resultaten van dit onderzoek is naar voren gekomen dat adolescenten voornamelijk gebruik maken van online informal health, waarbij ook social media als zodanig wordt gebruikt. Adolescenten brengen veel tijd door op social media waardoor dit bij uitstek een geschikt medium is om deze doelgroep te bereiken. Het is daarom belangrijk om de potentie die social media heeft als promotiekanaal, dan wel als vorm van e-health te erkennen. Daarnaast zou het waardevol zijn om adolescenten te betrekken bij de ontwikkeling van e-health bedoeld voor deze doelgroep. De visie van met name ervaringsexperts kan een waardevolle bijdrage leveren in de praktijk van de ontwikkeling van e-health. Door adolescenten in een vroegtijdig stadium inspraak te geven wordt het risico op onvolledige afstemming op de doelgroep ondervangen.



## 11. Literatuur

- Adhal, K. (2007). *Transparency of critical information for patient empowerment in e-health*. Karlskrona: Bleking Institute of Technology.
- Aldenhoven, C.G.R.M. (2010). Dokter bent u al online? Inzicht in de toepassing van eHealth. *Compact*, 4, pp. 39-44.
- Alpay, L.L., Blanson Henkemans, O., Otten, W., Rövekamp, T.A.J.M., Dumay, A.C.M. (2010). E-health Applications and Services for Patient Empowerment: Directions for Best Practices in The Netherlands. *Telemedicine and e-health*, 16(7), pp. 787, 791.
- Andersson, G., Topococo, N., Havik, O. & Nordgreen, T. (2016). Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(1), pp. 55-60.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – A systematic review. *Internet interventions*, 1, pp. 205-215.
- Bell, J., Mok, K., Gardiner, E. & Pirkis, J. (2018). Suicide-Related Internet Use Among Suicidal Young People in the UK: Characteristics of Users, Effects of Use, and Barriers to Offline Help-Seeking. *Archives of Suicide Research*, 22(2), pp. 263-277.
- Best, P., Gil-Rodriguez, E., Manktelow, R., & Taylor, B. J. (2016). Seeking Help From Everyone and No-One: Conceptualizing the Online Help-Seeking Process Among Adolescent Males. *Qualitative Health Research*, 26(8), pp. 1067–1077.
- Birnbaum, M.L., Rivzi, A.F., Correll, C.U., Kane, J.M. & Confino, J. (2017). Role of social media and the Internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 11, pp. 290-295.
- Boogerd, E.A., Arts, T., Engelen, L., & Belt, T.H. van de (2015). “What is eHealth”: Time for An Update? *Journal of Medical Internet Research* 4(1).
- Bradford, S. & Rickwood, D. (2014). Adolescent’s preferred modes of delivery for mental health services. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), pp. 39-45.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods. Fourth edition*. Oxford: University Press.
- Bucci, S., Schwannauer, M. & Berry, N. (2019). The digital revolution and its impact on mental health care. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92, pp. 277-297.

- Burns J.M., Davenport T.A., Durkin L.A., Luscombe G.M. & Hickie I.B (2010). The internet as a setting for mental health service utilization by young people. *The Medical Journal of Australia* 192(11).
- CBS (2019). *Internet; toegang, gebruik en faciliteiten*. Geraadpleegd van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83429NED?dl=91F4>
- Chan, J.K.Y., Farrer, L.M., Gulliver, A., Bennett, K. & Griffiths, K.M. (2016). University Students' Views on the Perceived Benefits and Drawbacks of Seeking Help for Mental Health Problems on the Internet: A Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research Human Factors*, 3(1).
- Deady, M., Choi, I., Calvo, R.A., Glozier, N., Christensen, H. & Harvey, S.B (2017). eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population : a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(310).
- Dijkman, I. & Essed, M. (2017). *Kennismaken met e-mental health*. Geraadpleegd van: <https://www.telepsy.nl/comment/reply/855>.
- Ebert, D.D., Cuijpers, P., Munõz, R.F. & Baumeister H. (2017). Prevention of Mental Health Disorders Using Internet- and Mobile Based Interventions: A Narrative Review and Recommendations for Future Research. *Frontiers in Psychiatry*.
- Ebert, D.D., Daele, T. van, Nordgreen, T. & Karekla, M. (2018). Internet and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy and Potential for Improving Mental Health: A Report of the EFPA E-Health Taskforce. *European Psychologist*, 23(2), pp. 167-187.
- Europese Commissie (2012). *eHealth Action Plan 2012-2020 – Innovative healthcare for the 21<sup>st</sup> century*. Brussel: European Commission.
- Eysenbach G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2).
- Fitzsimmons-Craft, E.E., Krauss, M.J., Costello, S.J., Floyd, G.M., Wilfley, D.E. & Cavazos-Rehg, P.A. (2019). Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment. *Eating and Weight Disorders*.
- Gemert-Pijnen, J. van, Kip, H., Kelders, S.M. & Sanderman R. (2018). *Ehealth technology: Theory, development and evaluation*. Abingdon: Routledge.
- Gemert-Peijen, J. van, Kelders, S., Nijland, N. Velzen, L. van & Wentzel, J (2012). *Hoe eHealth een katalysator kan zijn voor innovaties in de gezondheidszorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- Gibson, K. & Trnka, S. (2020). Young people's priorities for support on social media: "It takes trust to talk about these issues". *Computers in Human Behavior*, 102, pp. 238-247.
- Gommer, M & Poos, R. (2008). Gezondheidstoestand van de jeugd. In: Schrijvers, C.T.M. & Schoemaker, C.G. (Red). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.
- Gowen, L.K. (2013). Online Mental Health Information Seeking in Young Adults with Mental Health Challenges. *Journal of Technology in Human Services*, 31(2), pp. 97-111.
- Guldemon, N. (2017). De belangrijkste trends in de ontwikkeling van eHealth of digitale zorg. *Geron, tijdschrift over ouder worden en samenleving*, 2, pp. 6-9.
- Havas, J., Nooijer, J. de, Crutzen, R. & Feron, F. (2011). Adolescents' views about an internet platform for adolescents with mental health problems. *Health Education*, 111(3), pp. 164-176.
- Hensel, J.M., Shaw, J., Ivers, N.M., Desveaux, L., Vigod, S.N., Cohen, A., Onabajo, N., Agarwal, P., Mukerji, G., Yang, R., Nguyen, M., Bouck, Z., Wong, I., Jeffs, L., Jamieson, T. & Bhatia, R.S. (2019). A Web-Based Mental Health Platform for Individuals Seeking Specialized Mental Health Care Services: Multicenter Pragmatics Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(6).
- Horgan, A. & Sweeney, J. (2010). Young students' use of the Internet for mental health information and support. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, pp. 117-123.
- Hunt, J. & Eisenberg, D. (2010). Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), pp.3-10.
- Institute of Medicine (2004). *Health literacy: A prescription to End Confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kendal, S., Kirk, S., Elvey, R., Catchpole, R. & Prymachuk S. (2016). How a moderated online discussion forum facilitates support for young people with eating disorders. *Health Expectations*, 20, pp. 98-111.
- Kleiboer, A., Donker, T., Seekles, W., Straten, A. van, Riper, H. & Cuijpers P. (2015). A randomized controlled trial on the role of support in Internet-based problem solving therapy for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 72, pp. 63-71.
- Krijgsman, J. & Klein Wolterink, G. (2012). *Ordering in de wereld van eHealth*. Den Haag: Nictiz.

- Lal, S. & Adair, C.E. (2014). E-mental health: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 65(1), pp. 24-32.
- Lettow, B. van, Wouters, M. & Sinnige, J. (2019). *E-Health, wat is dat?* Den Haag: Nictiz.
- Mar, M.Y., Neilson, E.K., Torchalla, I., Werker, G.R., Laing, A. & Krausz, M. (2014). Exploring e-Mental Health Preferences of Generation Y. *Journal of Technology in Human Services*, 32(4), pp.312-327.
- Montagni, I., Donisi, V., Tedeschi, F., Parizot, I., Motrico, E. & Horgan, A. (2016). Internet use for mental health information and support among European university students: The e-mentH project. *Digital Health*, 2.
- NOS (2020). GGZ in problemen door corona: "Online hulp niet voor iedereen geschikt". Geraadpleegd via: <https://nos.nl/artikel/2327641-ggz-in-problemen-door-corona-online-hulp-niet-voor-iedereen-geschikt.html>
- O'Leary, Z. (2017). *The essential guide to doing your research project. Third edition.* London: SAGE Publications.
- Oh H., Rizo C., Enkin M. & Jadad A (2005). What is eHealth: A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research* 7(1).
- Pagliari, C., Sloan, D., Gregor, P., Sullivan, F., Detmer, D., Kahan, J.P., Oortwijn, W. & MacGillivray, S. (2005). What is eHealth: A Scoping Exercise to Map the Field. *Journal of Medical Internet Research* 7(1).
- Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet* 369, pp. 1302-1313.
- Patiëntenfederatie Nederland (2020). *Digitale zorg*. Geraadpleegd via: <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/digitale-zorg/>.
- Prescott, J., Hanley, T. & Gomez, K.U. (2019). Why do young people use online forums for mental health and emotional support? Benefits and challenges. *British Journal of Guidance and Counselling*, 47(3), pp. 317-327.
- Pretorius, C., Chambers, D. & Coyle, D (2019). Young People's Online Help-Seeking and Mental Health Difficulties: Systematic Narrative Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11).
- Pretorius, C., Chambers, D., Cowan, B. & Coyle, D. (2019). Young People Seeking Help Online for Mental Health: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 6(8).

- Pretorius, C., McCashin, D., Kavanagh, N. & Coyle, D. (2020). Searching for Mental Health: A Mixed Methods Study of Young People's Online Help-seeking. In: *Proceedings of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. New York: ACM.
- Rademakers, J. (2014). *Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL.
- Ramtohl, I. (2015). The adoption of e-health services: Comprehensive analysis of the adoption setting from the user's perspective. *Health, Policy and Technology* 4, pp. 285-293
- Rathbone, A. & Prescott, J. (2017). The Use of Mobile Apps and SMS Messaging as Physical and Mental Health Interventions: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8).
- Ridley, D. (2012). *The Literature Review. A Step-by-Step Guide for Students*. London: SAGE Publications.
- Rijen, A.J.G., Lint, M.W de & Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rijksoverheid (2020). Stimuleren gebruik e-health. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/e-health/overheid-stimuleert-e-health>
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health: High Tech, High Touch, High Trust*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Risling, T., Martinez, J., Young, J. & Thorp-Froslic, N. (2017). Evaluating Patient Empowerment in Association With eHealth Technology: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9).
- Sander, L., Psych, D., Rausch, L. & Baumeister, H. (2016). Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 3(3).
- Schoemaker, C., Zwaanswijk, M. & Meijer, S. (2008). Psychische problemen. In: Schrijvers, C.T.M. & Schoemaker, C.G. (Red). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.
- Sorbi, M.J. & Riper, H. (2009). E-Health: gezondheidszorg via internet. *Psychologie & Gezondheid*, 37/4, pp. 191-201.
- Stretton, A., Spears, B.A., Taddeo, C. & Drennan, J. (2018). Help-seeking Online by Young People: Does the Influence of Others Matter? *International Journal of Emotional Education*, 10(1), pp. 25-46.

- Timmer, S. (2011). *EHealth in de praktijk. Handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met eHealth*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Timmer, S. (2014). *Ehealth in de langdurige zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Venkatesh, V. Y. L. Thong, J., & Xu, X. (2012). Consumer acceptance and use of information Technology: Extending the unified theory of acceptance and use of technology. *MIS Quarterly*, 36(1), pp. 157-178.
- Weber, M. (2011). Systematisch literatuuronderzoek en onderzoekssynthese. In: Aken, J. & Andriessen, D. (2011). *Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek: wetenschap met effect*. Amsterdam: Boom Lemma.
- World Health Organization (2013). *Investing in mental health care: evidence for action*. Geraadpleegd via: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/financing/investing\\_in\\_mh\\_2013/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/)
- World Health Organization (2020). *eHealth at WHO*. Geraadpleegd via: <https://www.who.int/ehealth/about/en/>
- Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., Groot, J. de, Lamain, A., Bruin, K. de, Brabers, A., Hofstede, C., Friele, R. & Gennip, L. van (2019). *Samen aan zet! EHealth-monitor 2019*. Den Haag: Nictiz.
- Zarrinkhameh, A. (2015). *Gebruik van eHealth bij zelfmanagement. Verschillen die het verschil uitmaken*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

## APPENDIX

### I. Literatuurlogboek

<b>Zoekdatum:</b>	<b>Zoekmachine:</b>	<b>Gebruikte zoektermen:</b>	<b>Relevante resultaten:</b>	<b>Resultaten op basis van snowballing:</b>
20/04	PiCarta	e-health, mental health	Ebert et al. (2018). <i>Internet and Mobile Based Psychology Interventions: Applications, Efficiency and Potential for Improving Mental Health: A Report of the EFPA E-health Taskforce.</i>	Ebert, D.D., Cuijpers, P., Muñoz, R.F. & Baumeister H. (2017). Prevention of Mental Health Disorders Using Internet- and Mobile Based Interventions: A Narrative Review and Recommendations for Future Research.  Sander, L., Psych, D., Rausch, L. & Baumeister, H. (2016). Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 3(3).
20/04	Journal of Medical Internet Research	Teleconsult, mental health	Hensel et al. (2019). <i>A Web-Based Mental Health Platform for Individuals Seeking Specialized Mental Health Care Services: Multicenter Pragmatic Randomized Controlled Trial.</i>	
20/04	Journal of Medical Internet Research	Online help, mental health	Pretorius, C., Chambers, D. & Coyle, D (2019). <i>Young People's Online Help-Seeking and Mental Health Difficulties: Systematic Narrative Review.</i>	
20/04	Worldcat	e-health, nederland	Timmer, S. (2014). <i>Ehealth in de langdurige zorg.</i> Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	Timmer, S. (2011). <i>EHealth in de praktijk. Handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met eHealth.</i> Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

<b>20/04</b>	Google Scholar	Depression and anxiety, ehealth interventions	Kleiboer, A., Donker, T., Seekles, W., Straten, A. van, Riper, H. & Cuijpers P. (2015). <i>A randomized controlled trial on the role of support in Internet-based problem solving therapy for depression and anxiety</i>	Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). <i>The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – A systematic review.</i>
<b>20/04</b>	Google Scholar	Depression prevention, e-health		Deady, M., Choi, I., Calvo, R.A., Glozier, N., Christensen, H. & Harvey, S.B (2017). <i>eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population : a systematic review and meta-analysis</i>
<b>04/05/2020</b>	Google	Mental health, adolescents	World Health Organization (2020). <i>Adolescent Mental Health.</i>	
<b>04/05/2020</b>	Google scholar	Mentale gezondheid, jongeren	RIVM (2019). <i>Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen.</i>	
<b>05/05/2020</b>	Google scholar	Mental health, youth	Patel et al. (2007). <i>Mental health of young people: a global public-health challenge.</i>	
<b>07/05</b>	Google scholar	e-health, zelfmanagement	Zarrinkhameh, A. (2015). <i>Gebruik van eHealth bij zelfmanagement. Verschillen die het verschil uitmaken.</i>	Institute of Medicine (2004). <i>Health literacy: A prescription to End Confusion.</i>  Rademakers, J. (2014). <i>Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend.</i>
<b>07/05</b>	Google scholar	Definitions, e-health	Oh H., Rizo C., Enkin M. & Jadad A (2005). What is eHealth: A Systematic Review of Published Definitions. <i>Journal of Medical Internet Research</i> 7(1).	Eysenbach G. (2001). What is e-health? <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 3(2).
<b>07/05</b>	Journal of Medical Internet Research	What is e-health?	Pagliari, C., Sloan, D., Gregor, P., Sullivan, F., Detmer, D., Kahan, J.P., Oortwijn, W. & MacGillivray, S. (2005). What is eHealth: A Scoping Exercise to Map the Field. <i>Journal of Medical Internet Research</i> 7(1).	



08/05	Google scholar	Wat is e-health?	<p>Lettow, B. van, Wouters, M. &amp; Sinnige, J. (2019). <i>E-Health, wat is dat?</i> Den Haag: Nictiz.</p> <p>Sorbi, M.J. &amp; Riper, H. (2009). E-Health: gezondheidszorg via internet. <i>Psychologie &amp; Gezondheid</i>, 37/4, pp. 191-201.</p>	<p>Boogerd, E.A., Arts, T., Engelen, L., &amp; Belt, T.H. van de (2015). "What is eHealth": Time for An Update? <i>Journal of Medical Internet Research</i> 4(1)</p> <p>Patiëntenfederatie Nederland (2020). <i>Digitale zorg</i>. Geraadpleegd via: <a href="https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/digitale-zorg/">https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/digitale-zorg/</a>.</p> <p>KNMG (2020). eHealth. Geraadpleegd via: <a href="https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/ehealth.html">https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/ehealth.html</a></p>
08/05	Google	e-health WHO	<p>World Health Organization (2020). <i>eHealth at WHO</i>. Geraadpleegd via: <a href="https://www.who.int/ehealth/about/en/">https://www.who.int/ehealth/about/en/</a></p>	
08/05	Google Scholar	e-health Nederland	<p>Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., Groot, J. de, Lamain, A., Bruin, K. de, Brabers, A., Hofstede, C., Friele, R. &amp; Gennip, L. van (2019). <i>Samen aan zet! EHealth-monitor 2019</i>. Den Haag: Nictiz.</p> <p>Sorbi, M.J. &amp; Riper, H. (2009). E-Health: gezondheidszorg via internet. <i>Psychologie &amp; Gezondheid</i>, 37/4, pp. 191-201.</p> <p>Alpay, L.L., Blanson Henkemans, O., Otten, W., Rövekamp, T.A.J.M., Dumay, A.C.M. (2010). E-health Applications and Services for Patient Empowerment: Directions for Best Practices in The Netherlands. <i>Telemedicine and e-health</i>, 16(7), pp. 787, 791.</p>	<p>Krijgsman, J. &amp; Klein Wolterink, G. (2012). <i>Ordering in de wereld van eHealth</i>. Den Haag: Nictiz.</p> <p>Rijen, A.J.G., Lint, M.W de &amp; Ottes, L. (2002). <i>Inzicht in e-health</i>. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.</p>

09/05	Google Scholar	e-health, zelfmanagement	Zarrinkhameh, A. (2015). <i>Gebruik van eHealth bij zelfmanagement. Verschillen die het verschil uitmaken</i> . Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.	Venkatesh, V. Y. L. Thong, J., & Xu, X. (2012). Consumer acceptance and use of information Technology: Extending the unified theory of acceptance and use of technology. <i>MIS Quarterly</i> , 36(1), pp. 157-178  Rademakers, J. (2014). <i>Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend</i> . Utrecht: NIVEL.
10/05	Google Scholar	Ehealth, adoption	Ramtohul, I. (2015). The adoption of e-health services: Comprehensive analysis of the adoption setting from the user's perspective. <i>Health, Policy and Technology</i> 4, pp. 285-293	
12/05	Google Scholar	E-mental health	Dijksman, I. & Essed, M. (2017). <i>Kennismaken met e-mental health</i> . Geraadpleegd van: <a href="https://www.telepsy.nl/comment/reply/855">https://www.telepsy.nl/comment/reply/855</a> .  Deady, M., Choi, I., Calvo, R.A., Glozier, N., Christensen, H. & Harvey, S.B (2017). eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population : a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Psychiatry</i> , 17(310).  Bucci, S., Schwannauer, M. & Berry, N. (2019). The digital revolution and its impact on mental health care. <i>Psychology and</i>	Kleiboer, A., Donker, T., Seekles, W., Straten, A. van, Riper, H. & Cuijpers P. (2015). A randomized controlled trial on the role of support in Internet-based problem solving therapy for depression and anxiety. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 72, pp. 63-71.

---

*psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92, pp. 277-297.

---

<b>12/05</b>	PiCarta	E-mental health	Lal, S. & Adair, C.E. (2014). E-mental health: A Rapid Review of the Literature. <i>Psychiatric Services</i> , 65(1), pp. 24-32.
--------------	---------	-----------------	--

---

<b>12/05</b>	Worldcat	E-mental health	Gemert-Pijnen, J. van, Kip, H., Kelders, S.M. & Sanderman R. (2018). <i>Ehealth technology: Theory, development and evaluation</i> . Abingdon: Routledge.
--------------	----------	-----------------	---

---

## II. Onderzoeksmatrix

Onderzoek	Onderzoeksvraag/ -doel	Steekproef	Dataverzameling	Specifieke e-health interventie	Specifiek psychische probleem	Belangrijkste resultaten
1. Bell, J., Mok, K., Gardiner, E. & Pirkis, J. (2018).  Suicide-Related Internet Use Among Suicidal Young People in the UK: Characteristics of Users, Effects of Use, and Barriers to Offline Help-Seeking. <i>Archives of Suicide Research</i> , 22(2), pp. 263-277.	Inzicht krijgen in waarom sommige adolescenten gebruik maken van het internet om hulp te zoeken bij hun problemen en anderen niet.  Inzicht krijgen in de effecten van dit internet gebruik; inzicht krijgen in barrières voor het zoeken naar 'offline' hulp.	Adolescenten tussen de 18 en 24 in het Verenigd Koninkrijk (n=72)	Anonieme online enquête	Niet gespecificeerd	Suïcidaal gedrag	De meeste adolescenten die gebruik maken van het internet voor hun problemen ervaren hogere sociale angst  De belangrijkste redenen voor gebruik van het internet was het zoeken van informatie en het contact met anderen

<p>2. Best, P., Gil-Rodriguez, E., Manktelow, R., &amp; Taylor, B. J. (2016). Seeking Help From Everyone and No-One: Conceptualizing the Online Help-Seeking Process Among Adolescent Males. <i>Qualitative Health Research</i>, 26(8), pp. 1067–1077.</p>	<p>Inzicht krijgen in het proces van online hulp zoeken bij mannelijke adolescenten.</p>	<p>Jongens tussen de 14 en 15 in Noord Ierland (n=56)</p>	<p>Semigestructureerde focusgroepen</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Directe toegankelijkheid, flexibiliteit en anonimiteit worden ervaren als voordelen van online hulp.</p> <p>Het belangrijkste nadeel van online hulp is dat het beoordelen van de kwaliteit lastig is.</p> <p>Adolescenten moeten goed geïnformeerd worden over hulp zoeken op het internet</p>
<p>3. Birnbaum, M.L., Rivzi, A.F., Correll, C.U., Kane, J.M. &amp; Confino, J.</p>	<p>Inzicht krijgen in hoe adolescenten met psychotische problemen gebruik maken van het internet in de eerste fase van hun</p>	<p>Patiënten tussen de 12 en 21 jaar uit het Zucker Hill Ziekenhuis, New York</p>	<p>Semi-gestructureerde interviews</p>	<p>Social Media</p>	<p>Psychotische klachten</p>	<p>Het internet en met name social media spelen een belangrijke rol in het zoekproces naar hulp bij adolescenten</p>

<p>(2017). Role of social media and the Internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders. <i>Early Intervention in Psychiatry</i>, 11, pp. 290-295.</p>	<p>klachten, ten opzichte van adolescenten die geen psychotische klachten hebben.</p>	<p>(n=80)</p>	<p>Zorgverleners moeten innoveren om met behulp van internet adolescenten te ondersteunen tijdens de eerste fase van hun klachten.</p>			
<p>4. Bradford, S. &amp; Rickwood, D. (2014). Adolescent's preferred modes of delivery for mental health services. <i>Child and Adolescent</i></p>	<p>Inzicht krijgen in de voorkeuren voor online of offline hulp bij adolescenten.  Inzicht krijgen in welke intenties adolescenten hebben bij het zoeken van hulp en welke factoren invloed</p>	<p>Schoolgaande adolescenten tussen de 15-19 in Australië (n=231)</p>	<p>Zelfstandig in te vullen enquête.</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Adolescenten verkieszen face-to-face hulpverlening boven online hulpverlening.  1 op de 4 adolescenten durft zowel geen offline als online hulp te zoeken.</p>

<i>Mental Health</i> , 19(1), pp. 39-45.	hebben op deze intenties.					
5. Chan, J.K.Y., Farrer, L.M., Gulliver, A., Bennett, K. & Griffiths, K.M. (2016). University Students' Views on the Perceived Benefits and Drawbacks of Seeking Help for Mental Health Problems on the Internet: A Qualitative Study. <i>Journal of Medical Internet Research Human Factors</i> , 3(1).	" What do you think about using the internet to get support for mental health or emotional provlems?"	Universitaire studenten tussen de 19-24 in Australië (n=19)	Focusgroepen	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd	Geïdentificeerde voordelen van online hulp zijn vermijden van stigma, anonimiteit en toegankelijkheid.  Geïdentificeerde nadelen van online hulp zijn betrouwbaarheid, moeilijkheden in communicatie en de kwaliteit van online hulpverlening.

<p>6. Fitzsimmons-Craft, E.E., Krauss, M.J., Costello, S.J., Floyd, G.M., Wilfley, D.E. &amp; Cavazos-Rehg, P.A. (2019). Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing</p>	<p>Inzicht krijgen in behandelopties, barrières tot behandeling en visies op gebruik van het internet in behandelingen.</p>	<p>Meisjes tussen de 15 en 25 met interesse voor eetproblemen (n= 405)</p>	<p>Online enquête</p>	<p>Social Media</p>	<p>Eetproblematiek</p>	<p>Slechts 14% van de meisjes met eetproblematiek had enige vorm van hulp ontvangen.</p> <p>De belangrijkste barrières voor het zoeken van hulp waren de overtuiging dat het probleem niet serieus genoeg is en de behoefte om het probleem zelf op te lossen.</p> <p>Internet zou kunnen helpen om deze barrières weg te nemen.</p>
--	---	--	-----------------------	---------------------	------------------------	--



technology for  
treatment. *Eating  
and Weight  
Disorders.*

<p>7. Gibson, K. &amp; Trnka, S. (2020). Young people's priorities for support on social media: " It takes trust to talk about these issues". <i>Computers in Human Behavior</i>, 102, pp. 238-247.</p>	<p>Inzicht krijgen in de manier waarop adolescenten hulp zoeken voor hun problemen via social media.</p>	<p>Adolescenten tussen de 16-21 in Nieuw Zeeland (n=21)</p>	<p>Interviews via online chat</p>	<p>Social Media</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Bij het zoeken van online hulp is het volgens adolescenten belangrijk om een omgeving te creëren waar ze zich emotioneel veilig voelen, waar men om elkaar denkt en waar voortdurende relaties uit worden voortgebouwd.</p>
<p>8. Gowen, L.K. (2013). Online Mental Health Information Seeking in Young Adults with Mental</p>	<p>Inzicht krijgen in de manier waarop adolescenten met psychische problemen gebruik maken van het internet om informatie en support te zoeken.</p>	<p>Amerikaanse Adolescenten (n=27)</p>	<p>Semi-gestructureerde focus groep</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Adolescenten maken gebruik van het internet in hun zorgproces.  Adolescenten voelen zich vaak overweldigd door de grote hoeveelheid informatie die</p>

<p>Health Challenges. <i>Journal of Technology in Human Services</i>, 31(2), pp. 97-111.</p>		<p>online te vinden is en ze vertrouwen ook niet alle online informatie.</p>				
<p>9. Havas, J., Nooijer, J. de, Crutzen, R. &amp; Feron, F. (2011). Adolescents' views about an internet platform for adolescents with mental health problems. <i>Health Education</i>, 111(3), pp. 164-176.</p>	<p>Inzicht krijgen in de visie en behoeften van adolescenten met betrekking tot het ontwikkelen van online support voor psychische problemen.</p>	<p>Nederlandse adolescenten tussen de 12-19. (n=106).</p>	<p>Semi-gestructureerde focusgroepen</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Adolescenten gebruiken het internet om informatie te verkrijgen over psychische problemen.  Online hulp zou zelftests aan moeten bieden en anonimiteit garanderen.  De kwaliteit van de informatie op de website was een belangrijk punt voor de adolescenten.</p>

<p>10. Horgan, A. &amp; Sweeney, J. (2010). Young students' use of the Internet for mental health information and support. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 17, pp. 117-123.</p>	<p>Inzicht krijgen in de psychische problemen waarvoor adolescenten online hulp zoeken en welke visie adolescenten hebben op dit online zoekproces.</p>	<p>Ierse studenten tussen de 18-24. (n=922)</p>	<p>Online enquête</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Doordat adolescenten veel gebruik maken van het internet is het een geschikte manier om hulp aan te bieden aan de adolescenten.</p> <p>Ondanks de hoge belangstelling voor online hulp, heeft 79,4% van de respondenten liever face-to-face hulp.</p>
<p>11. Kendal, S., Kirk, S., Elvey, R., Catchpole, R. &amp; Prymachuk S. (2016). How a moderated online discussion forum facilitates support for young people with eating</p>	<p>Inzicht krijgen in hoe adolescenten met eetproblemen gebruik maken van een forum gericht op hulpverlening voor adolescenten met eetproblemen.</p>	<p>420 berichten van adolescenten op een forum gepost door 119 unieke gebruikers (n=119)</p>	<p>Netnografie (= online etnografie) en thematische analyse</p>	<p>Online discussie forum</p>	<p>Eetproblematiek</p>	<p>Adolescenten maken gebruik van online fora om met hun problemen om te leren gaan met behulp van lotgenotencontact.</p> <p>Gebruik van een forum draagt bij aan het zelfmanagement van de jongere.</p>

disorders. *Health Expectations*, 20, pp. 98-111.

12. Mar, M.Y., Neilson, E.K., Torchalla, I., Werker, G.R., Laing, A. & Krausz, M. (2014). Exploring e-Mental Health Preferences of Generation Y. <i>Journal of Technology in Human Services</i> , 32(4), pp.312-327.	Inzicht krijgen in de voorkeuren van adolescenten met depressie- en angstklachten voor de inzet van online hulp.	Canadese studenten tussen de 16 en 24. (n=23)	Enquête en semi-gestructureerd interview	Niet gespecificeerd	Depressie- en angstklachten	Adolescenten waarderen de mogelijkheid tot het online verkrijgen van hulp.  Belangrijke voorwaarden voor online hulp waren gebruiksgemak, interactief en de beschikbaarheid van een online community.
13. Montagni, I., Donisi, V.,	Inzicht krijgen in de sociaal-demografische factoren die van	Europese studenten (n=2466)	Enquêtes	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd	Europese studenten gebruiken regelmatig het internet om

<p>Tedeschi, F., Parizot, I., Motrico, E. &amp; Horgan, A. (2016). Internet use for mental health information and support among European university students: The e-mentH project. <i>Digital Health, 2</i>.</p>	<p>invloed zijn op het gebruik van internet in het proces van hulp zoeken.</p>					<p>informatie over psychische problemen te verkrijgen, maar niet voor het verkrijgen van support.</p> <p>De voornaamste barrière in het gebruik van het internet was het gebrekkige vertrouwen van de studenten.</p>
<p>14. Prescott, J., Hanley, T. &amp; Gomez, K.U. (2019). Why do young people use online forums for mental health and emotional</p>	<p>Inzicht krijgen in de gebruikerservaringen van adolescenten met betrekking tot online mental health fora.</p>	<p>Britse adolescenten tussen 12-23 (n=19)</p>	<p>Online focus groepen</p>	<p>Online mental health website</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Adolescenten zien online fora niet als vervanging van reguliere manieren tot hulp, maar eerder als aanvulling.</p> <p>Adolescenten ervaren fora als veilige plekken waar ze ervaringen kunnen uitwisselen</p>

	support? Benefits and challenges. <i>British Journal of Guidance and Counselling</i> , 47(3), pp. 317-327.					en advies kunnen inwinnen.  Het contact met lotgenoten via fora maakt dat adolescenten zich minder eenzaam en geïsoleerd voelen.
15. Pretorius, C., Chambers, D., Cowan, B. & Coyle, D. (2019). Young People Seeking Help Online for Mental Health: Cross-Sectional Survey Study. <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 6(8).	Verkennen van het gedrag van adolescenten bij het online zoeken van hulp en de voorkeuren van de adolescenten hierbij.	Ierse adolescenten tussen de 18-25. (n=1308)	Online enquête	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd	Adolescenten maken gebruik van allerlei soort internettoepassingen om hulp te krijgen bij psychische problemen.  Adolescenten ontwikkelen strategieën voor zichzelf om de betrouwbaarheid van een internetbron te beoordelen. Desondanks blijft het gevoel van onbetrouwbaarheid de belangrijkste barrière in het gebruik.

<p>16. Pretorius, C., McCashin, D., Kavanagh, N. &amp; Coyle, D. (2020). Searching for Mental Health: A Mixed Methods Study of Young People's Online Help-seeking. In: <i>Proceedings of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems</i>. New York: ACM.</p>	<p>Verkennen welke factoren met betrekking tot het design van een mental health website, van belangrijke invloed zijn op het gebruik ervan.</p>	<p>Ierse adolescenten tussen de 18-25. (n=1308)</p>	<p>Co-design workshops</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>De belangrijkste eigenschappen waren een online tool voor adolescenten met psychische problemen aan moest voldoen waren de mogelijkheid tot contact met anderen, betrouwbare informatie, gepersonaliseerde content en flexibel te gebruiken.</p>
<p>17. Stretton, A., Spears, B.A., Taddeo, C. &amp; Drennan, J. (2018). Help-</p>	<p>Verkennen van de attitudes van adolescenten met betrekking tot verschillende manieren van hulpmogelijkheden en inzichtelijk</p>	<p>Adolescenten tussen de 16-24. (n=243)</p>	<p>Online enquête en interviews</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>Niet gespecificeerd</p>	<p>De mening van anderen heeft invloed op het hulp zoeken via traditionele wegen.  Voor het zoeken van online hulp is</p>

---

seeking Online maken welke rol de  
by Young invloed van anderen  
People: Does the hierop heeft.  
Influence of  
Others Matter?  
*International  
Journal of  
Emotional  
Education, 10(1),  
pp. 25-46.*

---

de mening van  
anderen minder  
belangrijk.





### III. Topiclijst

#### *Introductie:*

- Mijzelf introduceren: Naam, leeftijd, studie
- Onderzoek introduceren: onderwerp & methoden (perspectief van de gebruiker)
- Opname & waarborgen anonimiteit

#### *Algemene introductievragen:*

- Wat is uw huidige functie?
- Welke rol speelt e-health in uw werkzaamheden/ hoe bent u betrokken geraakt bij het domein van e-health?

#### *Afbakening e-health:*

- Wat omvat het begrip e-health volgens u (e.g. e-health als container begrip) ?
- Voor welke doelgroepen is e-health bij uitstek geschikt?
- Ligt de focus bij e-health op de zorg of op de technologie?
- Welke rol/plaats zou e-health moeten innemen in het zorgproces, e.g. vervanging/blended care?

#### *Patient empowerment:*

- Denkt u dat e-health een bijdrage kan leveren aan het zelfmanagement van patiënten? En zo ja/nee, waarom?
- In de literatuur wordt gesproken over het feit dat het gebruik van e-health achterblijft bij de verwachtingen. Hoe komt dit?
- Welke voor- en nadelen heeft e-health ten opzichte van 'offline' hulpverlening?
- Welke kansen en risico's brengt het gebruik van e-health mee? (bijv. lage therapietrouw, geen non-verbale communicatie etc.)

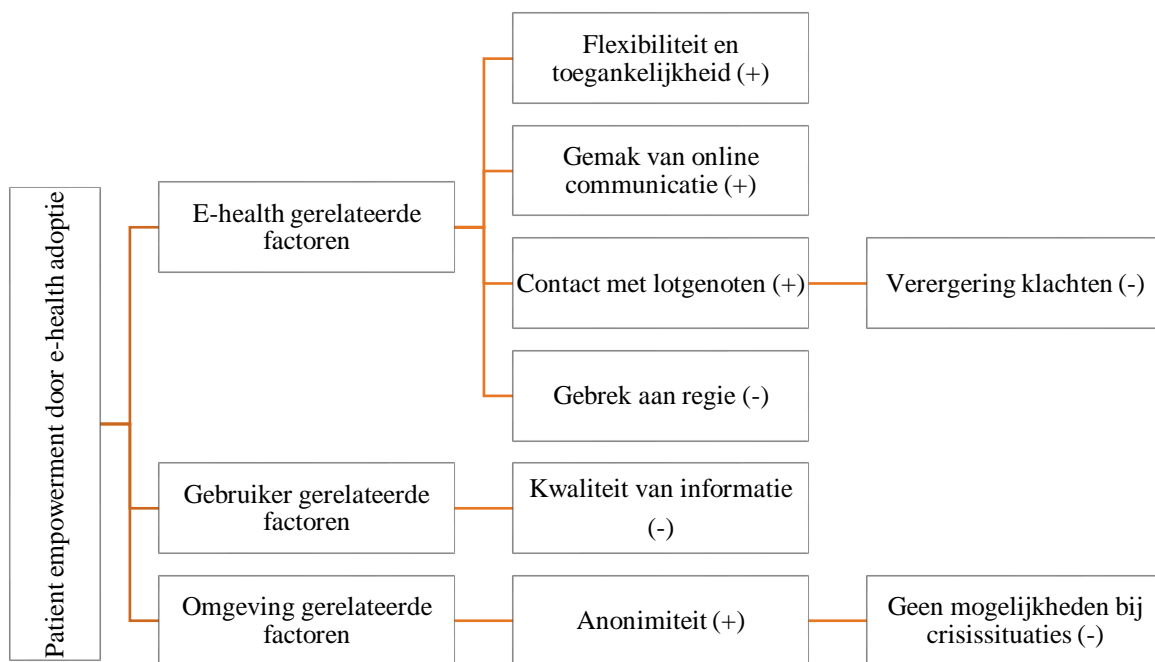
#### *Adolescenten en psychische problemen:*

- Hoe komt het dat psychische problemen relatief veel voorkomen bij adolescenten?
- Welke mogelijkheden liggen er specifiek voor adolescenten op het gebied van e-health (stigma o.i.d.) ?
- Hoe komt het volgens u dat zoveel adolescenten geen hulp/geen passende hulp zoeken?
- Hoe kan e-health de zorg toegankelijker maken voor adolescenten met psychische problemen?

#### *Resultaten literatuurreview:*

- Uit de literatuurreview komt het belang van online fora en social media naar voren als vorm van e-health: herkent u deze ontwikkeling?

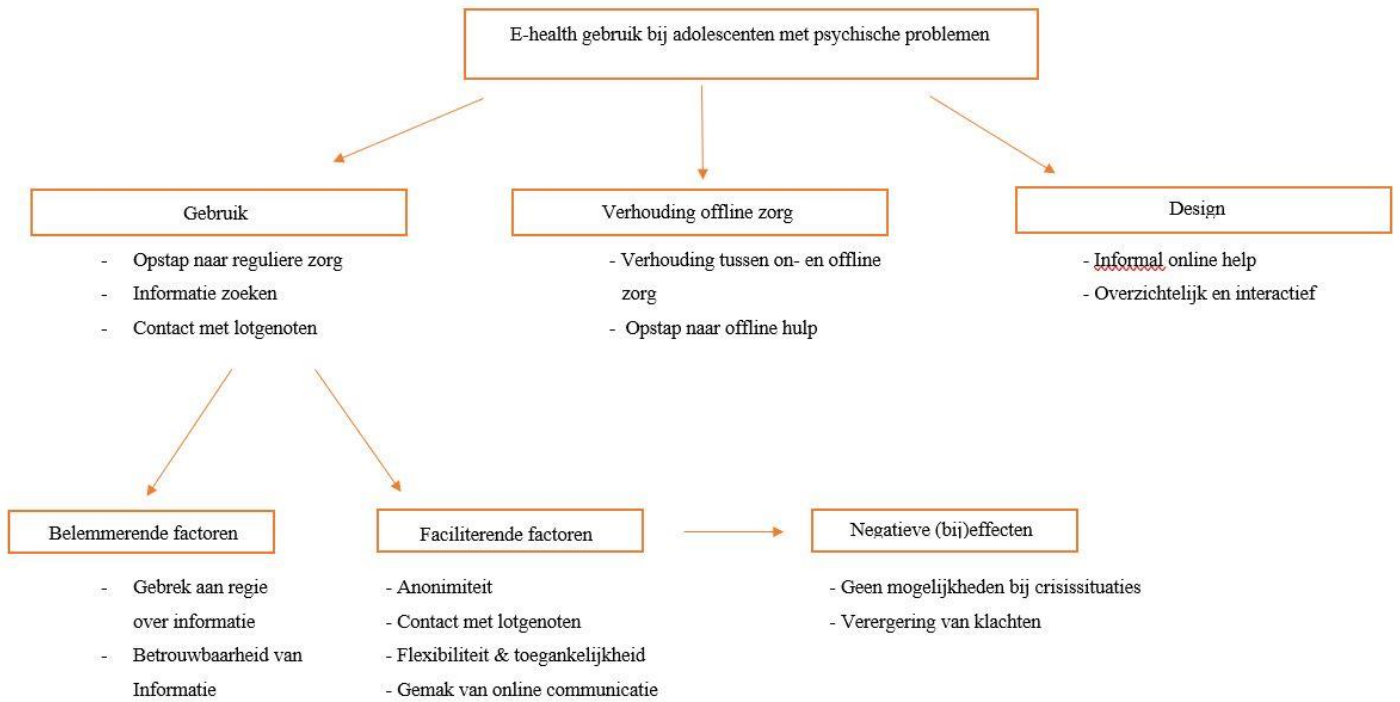
- Uit de literatuurreview komt naar voren dat adolescenten e-health vooral gebruiken om informatie te zoeken en contact te leggen met lotgenoten. Waarom zijn deze twee aspecten zo belangrijk?
- Wat zijn volgens u de belangrijkste faciliterende en belemmerende factoren voor adolescenten om gebruik te maken van het internet bij psychische problemen?
- Welke vaardigheden hebben adolescenten volgens u nodig om op juiste wijze gebruik te maken van e-health?
- Hoe kan de e-health paradox worden opgelost (zie figuur hieronder) ?



#### IV. Respondentenlijst

Respondent	Functie	Datum van interview
Respondent 1	Senior beleidsmedewerker e-health, RIVM	16-06-2020
Respondent 2	PhD Kandidaat e-health & kinder- en jeugdpsychiatrie, Erasmus MC	18-06-2020
Respondent 3	Hoofd kinder- en jeugdpsychiatrie, Erasmus MC & Bestuurslid e-health junior consortium	24-06-2020
Respondent 4	Projectmanager jeugd e-health platform, UMC Utrecht	30-06-2020
Respondent 5	Algemeen Directeur, Stichting Mirro	02-07-2020
Respondent 6	Beleidsmedewerker e-health, stichting MIND	10-07-2020
Respondent 7	Redactielid en ervaringsdeskundige MIND Young Studio	16-07-2020

## V. Codeboom literatuurreview



## VI. Codeboom Expertinterviews

